Association Internationale des FEMMES-MÉDECINS

Numéro : 5



Décembre 1931



SOMMAIRE

EDITION DE « L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE »

ASSOCIATION INTERNATIONALE

DES

FEMMES-MEDECINS

Anc. Présidentes : Dr. Lovejoy
Lady Barrett

Présidente : Dr. Thuillier-Landry, 68, rue d'Assas, Paris-VIe.

Vice-Présidentes :
- Miss Martindale, C. B. E., 25, Manchester Square, Londres. W. I.
- Dr. Dagny-Bang, Drammensveien 97 B 1, Oslo. Norvège.
- Dr. Ferrari Carcupino, Salsamaggiore, Prov. di Parma. Italie.
- Dr. Nechovitch Voutchetitch, Kralja Milana ulica, 84, Belgrade, Yougoslavie.
- Dr. Salzmann, Canstatt, b, Stuttgart. Allemagne.
- Dr. Tayler-Jones, The Rochambeau, Washington D. C. Etats-Unis.

Trésorière : Dr. Requin, 154, avenue Emile Zola, Paris-XVe.

Secrétaire Générale : Dr. Montreuil-Straus, 75, rue de l'Assomption, Paris-XVIe.

Secrétaires Nationales Correspondantes

Allemagne :
Dr. Elise Hermann, 65, Oberstrasse, Hamburg.

Australie :
Dr. Roberta Donaldson, 88 Collins Street, Melbourne.

Autriche :
Dr. Dora Brücke Teleky, 4, Freiheitsplatz, Vienne.

Belgique :
Dr. Vandervelde, Résidence Palace, Bruxelles.

Bolivie :
Dr. A. Chopitea, Oruro.

Canada :
Dr. Helen Mac Murchy, Department of Health, Ottawa.

Danemark :

Dr. Agnete Heise, Pilestraede, 52, Copenhague.

Espagne :

Dr. Elisa Soriano Fischer, 53 Fuoncarral, Madrid.

Etats-Unis :

Dr. Kate C. Mead, Haddam, Connecticut.

France :

Dr. Montreuil-Straus, 75 rue de l'Assomption, Paris-XVIe.

Grande Bretagne :

Dr. Doris Odlum, 42, Harley Street, Londres, W.I,

Hongrie :

Dr. Ilona Vegess Rege, Ulloïut 25, III, Budapest IX.

Indes :

Mrs. Curjel Wilson, M. D., c/o W. R. Wilson, Esq., Punjab Secretariat, Lahore.

Indes Néerlandaises :

Dr. Van der Made. Batavia C. Java

Italie :

Dr. Ferrari Carcupino, Salsamaggiore, Prov. Di Parma.

Japon :

Dr. Tomo Inouye, 7, Naharakubancho, Kojimachi, Tokio.

Mexique :

Dr. Antonia Ursua, 15 Plaza Miravalio, Mexico.

Norvège :

Dr. Dagny Bang, Drammensveien, 97 B 1, Oslo.

Nouvelle Zélande :

Dr. Susannah Sinclair, 4 Cook Street, Mornington, Dunedin.

Pays-Bas :

Dr. Maria Philippi, Laan v. Nieuw Oost-Indié, 261, La Haye.

Pologne :

Dr Nathalie Zand, Jerezolimska, 43, Varsovie.

Suède :

Dr. Andrea Svedberg, Birgerjarlsgatan, 36, Stockholm.

Suisse :

Dr. Marie Feyler, 20, Avenue Juste Olivier, Lausanne.

Tchécho-Slovaquie :

Dr. Devetterova, ul, Ch, g, Masarykove, 240, Prague.

Uruguay :

Dr Marie Ugon, Rio Branco, 1540, Montevideo.

Yougoslavie :

Dr. Marie Voutchetitch Prita, 84, Kralja Milana ulica, Belgrade.

Secrétaire : Miss Napier-Ford.

Siège social : Elysée Building, 56, Faubourg St-Honoré, Paris-VIII. Tél. Anjou 18.00

COMPTE-RENDU
DE LA RÉUNION DU CONSEIL

Vienne — 15 au 20 Septembre 1931

La 5e réunion du Conseil de l'Association Internationale des Femmes-Médecins s'est tenue à Vienne, du 15 au 20 septembre 1931 ; elle a réuni près de 200 femmes-médecins appartenant aux 17 pays suivants : Allemagne, Autriche, Danemark, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Hongrie, Indes anglaises, Indes néerlandaises, Italie, Japon, Laponie, Norvège, Suède, Suisse, Tchéco-Slovaquie et Yougoslavie.

Toutes les séances ont eu lieu dans les belles salles, gracieusement prêtées, de la Société des Médecins de Vienne, « Haus der Gesellschaft der Aerzte in Wien ».

SÉANCE D'OUVERTURE

A cette séance d'ouverture, tenue le 16 septembre à 10 heures, que présidait le Dr Thuillier-Landry (France), Présidente de l'A. I. F. M., assistaient de nombreuses autorités viennoises.

Le Dr Thuillier-Landry ouvre la séance et prononce l'allocution suivante :

« En me levant pour ouvrir la cinquième réunion du Conseil de l'Association Internationale des Femmes-Médecins, je ne puis me défendre d'un peu d'émotion et d'inquiétude ; je mesure une fois de plus qu'un titre n'ajoute pas grand chose à la valeur de celui qui le porte, et je me sens un peu confuse d'avoir à représenter l'A. I. F. M. devant une assemblée aussi solennelle.

Sans être encore bien ancienne, notre Association a cependant déjà à son actif un développement et un ensemble de travaux qui mériteraient d'être mis en valeur par une voix plus qualifiée. L'idée de nous associer est née à New-York en 1919, lors d'une première réunion internationale de femmes-médecins organisée par les Associations Chrétiennes de Femmes. Une assemblée constitutive fut tenue à Genève en 1922, puis les grands congrès quinquennaux prévus par notre Constitution se sont déroulés à Londres et à Paris en 1924 et 1929 ; des réunions du Conseil ont été tenues à Prague et à Bologne, analogues à celle qui nous rassemble aujourd'hui.

Le but de notre Association n'est pas de nous réunir entre femmes pour discuter de questions scientifiques, la science n'est pas différente pour les hommes et pour les femmes. Mais, venues tard à la pratique de la médecine — ou plutôt revenues, car nos doctes historiennes retracent leur passage à travers les siècles — les femmes ont éprouvé d'abord le besoin d'échanger leurs expériences de débutantes, de se soutenir et s'aider réciproquement. Et surtout elles ont senti que dans les questions médico-sociales qui intéressent la famille, la femme, l'enfant, elles pouvaient avoir des points de vue particuliers, utiles à définir et à défendre.

Le nombre des femmes qui se joignent à nous grandit d'étape en étape ; beaucoup reviennent assidûment à nos congrès malgré les exigences d'une vie professionnelle très chargée. C'est bien la preuve que notre groupement répond à une aspiration générale et que son activité satisfait au but poursuivi.

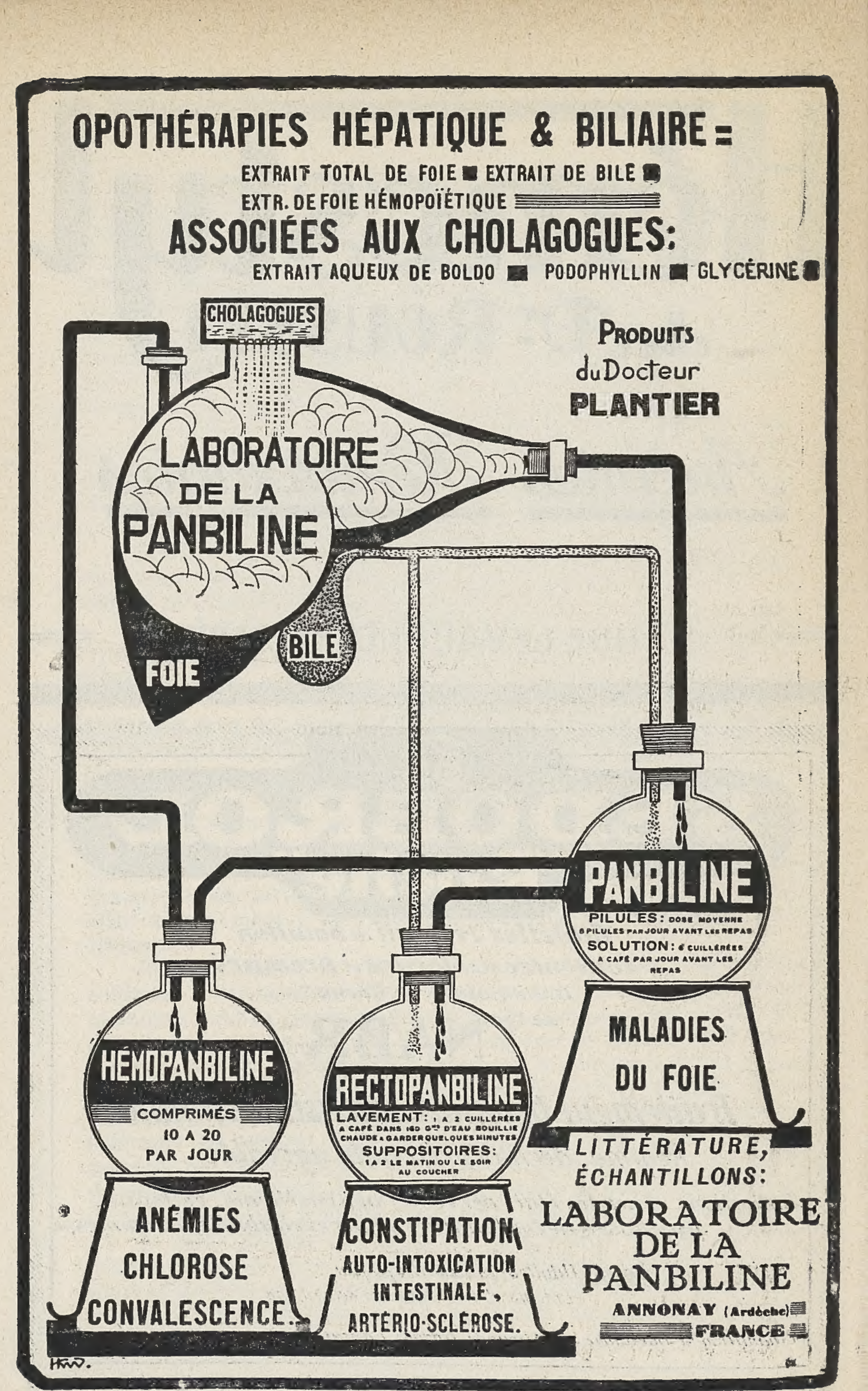
Je me vois aujourd'hui, avec un véritable plaisir, environnée de visages familiers et amicaux ; la sympathie que j'y lis m'encourage et m'enhardit à parler au nom de toutes.

Sur un certain nombre de points, en tout cas, je serai certaine d'exprimer sans risque d'erreur les sentiments de celles qui m'entourent.

Tout d'abord nous ne pouvons manquer d'être unanimes à remercier ceux qui nous font l'honneur, en assistant à cette séance d'ouverture, de nous apporter un précieux témoignage de bienveillance et de considération. La présence parmi vous de savants des plus illustres, d'hommes de gouvernement, de grands administrateurs, l'importance qu'ils attachent à notre action, nous encourage à la poursuivre et nous en donne une idée plus élevée. Nous leur en sommes bien vivement reconnaissantes. Nous devons aussi des remerciements particuliers à la Société des Médecins de Vienne qui offre aimablement à nos réunions une salle si confortable et si élégante.

Et maintenant, je veux me tourner vers nos charmantes collègues autrichiennes et leur adresser aussi nos remerciements unanimes pour la cordialité avec laquelle elles nous ont invitées et pour le soin qu'elles ont mis à nous préparer un accueil où le confort et la parfaite organisation s'unissent à la courtoisie et à la grâce légendaires de l'hospitalité viennoise. Aussitôt présentée, leur séduisante proposition avait été acceptée par d'enthousiastes suffrages. La capitale de l'Autriche avait pour nous attirer le prestige éminent de ses savants médecins, l'importance et la nouveauté de ses institutions sociales, et aussi, pourquoi ne pas le reconnaître, la beauté de la ville et de ses monuments, ses musées et sa musique.

Si vieille par son histoire pleine de grandeur, si jeune par son avenir et par les voies où elle s'est résolument engagée, Vienne nous apparaît sous une double face : d'un vieux monde où se sont accumulées les richesses, surgit un monde nouveau qui crée un


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE
EXTRAIT TOTAL DE FOIE
EXTRAIT DE BILE
EXTR. DE FOIE HÉMOPOÏÉTIQUE
ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES:
EXTRAIT AQUEUX DE BOLDO
PODOPHYLLIN
GLYCÉRINE
CHOLAGOGUES
PRODUITS
du Docteur
PLANTIER
LABORATOIRE
DE LA
PANBILINE
BILE
FOIE
PANBILINE
PILULES: DOSE MOYENNE
6 PILULES PAR JOUR AVANT LES REPAS
SOLUTION: 4 CUILLÉRÉES
A CAFÉ PAR JOUR AVANT LES
REPAS
MALADIES
DU FOIE
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS
10 A 20
PAR JOUR
ANÉMIES
CHLOROSE
CONVALESCENCE.
RECTOPANBILINE
LAVEMENT: 1 A 2 CUILLÉRÉES
A CAFÉ DANS 160 Gr. D'EAU BOUILLIE
CHAUDE A GARDER QUELQUES MINUTES
SUPPOSITOIRES:
1 A 2 LE MATIN OU LE SOIR
AU COUCHER
CONSTIPATION
AUTO-INTOXICATION
INTESTINALE,
ARTÉRIO-SCLÉROSE.
LITTÉRATURE,
ÉCHANTILLONS:
LABORATOIRE
DE LA
PANBILINE
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

autre ordre de richesses. Il y a dans cette transmutation un moment presque pathétique, qui suscite la méditation et nous amène à réfléchir plus avant sur le sens et le but de tout effort.

Dans le domaine limité de notre activité médicale féminine, je suis persuadée que notre rencontre ici subira l'influence secrète, vivifiante et équilibrée d'un fastueux passé et de perspectives neuves et hardies.

Si nous éprouvons le besoin de nous connaître réciproquement, de discuter ensemble les problèmes qui nous tiennent à cœur, n'est-ce pas pour mettre en commun ce que chaque mentalité et chaque pays peut nous donner tour à tour d'expérience et de stimulant ?

La période difficile que nous traversons, période complexe, un peu trouble et parfois angoissante fait surgir des problèmes qu'il faut avoir le courage d'envisager. Nous femmes-médecins, nous n'avons connu jusqu'à maintenant qu'une suite ininterrompue de progrès. A chacune de nos rencontres nous constations que nous était plus largement ouvert l'accès des écoles, des hôpitaux, des sociétés savantes, des fonctions administratives et universitaires. Il semblait que nous n'aurions plus à enregistrer que des succès grandissants. Depuis notre dernier congrès cependant, bien que de nouveaux titres et de nouvelles distinctions soient venus s'inscrire dans nos annales, nous pressentons que les crises économiques et sociales, que l'extension sans précédent du chômage, chômage qui atteint les travailleurs intellectuels autant que les travailleurs manuels, risquent, peut-être, de remettre en question ce qui paraissait assuré.

Alors que tant d'hommes restent inoccupés, certains en viennent à se demander s'il est bien utile que les femmes travaillent et la tentation surgit, comme unre mède trop facile, d'arrêter les activités féminines. Nous ne voulons pas discuter ici ce que de semblables mesures peuvent avoir de brutal et d'injuste. Des interdictions de cet ordre, toujours dangereuses et parfois cruelles, ne peuvent se défendre, même quand elles deviennent nécessaires, qui si elles sont justifiées sans contestation possible.

Mais en dehors du point de vue économique, il y a un point de vue humain et un point de vue social dont l'importance me semble primer largement les considérations matérielles. Sans faire valoir ce que tout être gagne à son propre développement, nous pouvons bien dire que la famille d'abord, la société ensuite, sont les principaux bénéficiaires des progrès de l'esprit féminin et que cet esprit ne saurait être plus utilement fécondé que par les études médicales.

On vante de toute part la sensibilité féminine, et en même temps on reproche souvent aux femmes, non sans raison, ce que cette sensibilité peut avoir d'étroit et de désordonné ; beaucoup d'entre elles, dit-on, ne s'intéressent spontanément qu'à ceux qui

leur sont le plus proche, et même à l'égard de ceux-ci leur sensibilité n'est pas toujours un bon guide. L'instinct est loin de prémunir contre les erreurs et l'égoïsme sacré n'est malgré tout qu'égoïsme.

Au cours des études médicales, le contact de nombreux malades et la recherche des soins appropriés sont éminement propres à élargir cette sensibilité trop restreinte, et à l'orienter vers l'action. On a vu déjà ce que des femmes peuvent faire pour soulager les souffrances dont elles se trouvent les témoins ; ce sont elles qui ont inauguré ces grands mouvements que sont devenus l'organisation du « nursing » et le « service social », et vous entendrez bientôt nos rapporteurs vous exposer comment elles ont senti et compris les misères et les besoins de millions de femmes peuplant d'immenses régions et comment elles ont réussi à leur porter secours. Mêlées chaque jour aux drames de la maladie et de la mort, les femmes-médecins n'apprendront-elles pas à soulager encore d'autres souffrances ? Qui peut dire où s'arrêtera leur effort ?

Un des plus grands philosophes de l'humanité, celui-là même qui a eu du monde la représentation la plus pessimiste, Schopenhauer, a tracé cependant au-dessus de cette vision désolée, les principes d'une loi morale, et c'est dans la pitié qu'il en a vu le fondement. Félicitons-nous chaque fois qu'une sensibilité ignorante et limitée se transforme en une pitié compréhensive et efficace, en cette pitié qui crée un devoir.

Ce n'est pas seulement d'ailleurs dans l'action sociale que la femme-médecin devient un élément utile de la société. Dans le domaine du travail intellectuel pur et de la recherche scientifique, qui de nous ne connaît actuellement des femmes tenant un rang honorable et parfois éminent ? La société ne saurait se priver sans dommage de la contribution qu'elles pourront apporter à la lente édification collective de la science. Je ne puis m'empêcher de citer ici un nom universellement illustre, celui de Mme Curie, mariée et mère de famille cependant.

Et même si nous ne voulons envisager que la simple moyenne des études et du travail médical, ne dédaignons pas les utiles et solides qualités intellectuelles, qu'ils développent. L'observation attentive des faits, l'appréciation de leur importance relative et de l'enchaînement de leurs conséquences, la nécessité de prévoir pour prévenir, la discipline de l'analyse et de l'objectivité, fortifient la raison et enseignent la sagesse : or, y eut-il jamais de par le monde trop de raison, trop de sagesse ? C'est un excès qu'on n'a pas eu souvent à reprocher à des hommes, ni hélas, à des peuples.

En un temps où l'on souhaite et où l'on recherche pour tous l'élévation du standard de la vie matérielle, nous souhaitons pour tous aussi, hommes et femmes, l'élévation du standard intellectuel et moral et nous aimerions y collaborer.

Je disais en commençant que j'espérais, mes chères collègues,

savoir me faire l'interprête de vos sentiments. Je ne crois pas me tromper en affirmant que, ce qui nous attache le plus à notre activité médicale, c'est la possibilité de travailler de toutes nos forces, et avec des forces que nous ne voulons pas voir réduire, à diminuer à travers le monde la lourde masse de la souffrance humaine et à relever pour notre modeste part le niveau intellectuel et moral de l'humanité. C'est là aussi, si vous me permettez de le dire comme nous le pensons, sans ostentation et sans orgueil, la raison d'être et le but primordial de notre Association. »

Le *Professeur Wagner-Jauregg*, Vice-Président de la Société des Médecins de Vienne, salue les femmes-médecins au nom de sa Société, et leur souhaite la bienvenue. Il rappelle que la Société des Médecins de Vienne a été dès son début prête à accueillir les femmes-médecins et que Mme le Dr Brucke Teleky y a été la première admise comme membre en 1911. Maintenant, les femmes s'y trouvent au nombre de 29 et il espère que la réunion actuelle hâtera le moment qu'il souhaite où la Société comprendra un nombre égal de femmes et d'hommes.

Le *Dr Max Mayer*, du Ministère de l'Instruction Publique, prend la parole au nom de son Ministre. Il souligne le fait qu'en Autriche les femmes ont toujours compris la nécessité de s'intéresser à la vie publique, et rappelle que c'est sous le régime de l'Impératrice Marie-Thérèse que l'Hôpital populaire l' « Allgemeine Krankenhaus » fut bâti.

Le *Prof. Julius Tandler*, Directeur du Bureau de Prévoyance municipale, remplaçant le Maire de Vienne, invite les membres présents à visiter les institutions de prévoyance nouvellement créées. Il dit sa conviction que les femmes sont particulièrement aptes à certaines branches de l'art médical, et termine en engageant les femmes-médecins à prendre parti contre la guerre.

Le *Dr Thos. Scherer*, représentant du Ministre de l'Hygiène publique salue les femmes-médecins, en leur disant qu'elles sont prédestinées par la nature à être médecins, et que c'est surtout dans le domaine de la prévoyance sociale qu'elles peuvent exercer leur influence, comprenant mieux la souffrance humaine que les hommes.

Le *Dr Roland Grasberger*, doyen de la Faculté de Médecine de Vienne, dit combien il a été heureux de répondre à l'invitation qui lui a été adressée. Il rappelle que c'est en 1900 que les premières femmes furent admises à Vienne, comme étudiantes en médecine, et qu'aujourd'hui la femme a amplement prouvé qu'elle est à la hauteur des exigences qui sont les mêmes pour les femmes-médecins que pour les hommes, et il leur souhaite pour l'avenir tout le succès possible.

Le *Dr Bauer-Jokl*, Présidente de l'Association des Femmes-Médecins autrichiennes, adresse une cordiale bienvenue à ses

collègues, et souhaite que la réunion atteigne son but qui est d'essayer d'alléger le fardeau humain et d'améliorer les conditions de tous ceux qui souffrent.

Le *Dr Brucke Teleky*, Secrétaire nationale Correspondante de l'Autriche remercie ses collègues d'avoir accepté Vienne comme lieu de la réunion. Elle dit que son pays, tout en ne pouvant pas rivaliser avec Londres, Prague et Bologne, à cause de sa situation économique actuelle, offre de grand cœur l'hospitalité à l'A. I. F. M. et espère que ses membres emporteront de Vienne un agréable souvenir.

Le *Dr Thuillier Landry* remercie les orateurs de leurs paroles aimables et encourageantes et lève la séance.

REPORT OF THE FIFTH COUNCIL MEETING

Vienna — September 15th - 20th 1931

The 5th Council Meeting of the Medical Women's International Association was held at Vienna from the 15 th to the 20 th of september 1932. Nearly 200 medical women attended the meeting belonging to the following 17 countries : Austria, Czecho-Slovakia, Denmark, Dutch East Indies, France, Germany, Great Britain, Hungary, India, Italy, Japan, Jugoslavia, Lapland, Norway, Sweden Switzerland and the United States.

All the meetings were held in the fine rooms of the Medical Society in Vienna « Haus der Gesellschaft der Aerzte in Wien », kindly placed at the disposal of the M. W. I. A. by the Society.

OPENING MEETING

At the opening meeting held on september 16th at 10 o'clock, under the chairmanship of Dr Thuillier-Landry (France), President of the M. W. I. A. many Viennese authorities were present.

Dr Thuillier-Landry opened the meeting by retracing the history of the Association, born in New-York in 1919, constituted in Geneva in 1922, and which had now a considerable following and a wide activity.

She thanked the distinguished authorities who had consented to honour the meeting by their presence, and her Austrian colleagues for their gracious invitation and hospitality.

She reminded the assembly that to women were due the great movements culminating in the creation of « nursing » and « social service »; that medical women, coming up against disease and death constantly were eminently fitted to alleviate suffering and was there any limit to which their efforts could not attain ? She felt she would be interpreting the opinions of all her colleagues in affirming that one of the principal aims of the M. W. I. A. and she said it without vain ostentation, was to endeavour by every means in its power to diminish in the world the heavy burden of human suffering and to raise the intellectual and moral standard of humanity.

Professor Wagner-Jauregg, Vice-President of the Medical Society of Vienna, welcomed the medical women in the name of his Society, which, from the start had been ready to accept medical women and recalled that Mme Brucke-Teleky had been the first to be admitted in 1911. Now there were 29 medical women in the Society and he hoped that the present meeting would help to hasten the moment he looked forward to when they would belong in equal number with their male colleagues.

Dr Max Mayer, from the Ministry of Education, spoke on behalf of the Minister, stressing the fact that in Austria women had always understood the need of taking an active part in public life and that it was during the reign of the Empress Maria Theresa that the City hospital « Allgemeine Krankenhaus » was built.

Professor Julius Tandler, Director of the City Welfare Bureau, representing the Mayor of Vienna, invited the Congressists to visit the newly instituted welfare organisations of the town. He was convinced that women were specially fitted for certain branches of medical activity and exhorted all medical women to use their influence in their countries to prevent the recurrence of war.

Dr Thomas Scherer, representing the Minister of Public Health, greeted the medical women present saying they were predestined by Nature to be doctors, and that it was especially in the domain of social welfare that they could exercise their activity, understanding better than men the sufferings of humanity.

Dr Roland Grasberger, Dean of the Faculty of Medicine of Vienna, said how happy he had been to accept the invitation extended to him. He recalled that it was in 1900 that the first women were admitted in Vienna as students of medicine and that to-day they had amply proved that they were equal to the demands made upon them, the same for women as for men, and wished them every success in the future.

Dr Bauer-Jokl, President of the Austrian Association of Medical Women, addressed a hearty welcome to her colleagues and

hoped that the meeting would attain its purpose which was to lighten the human burden and improve the conditions of the sufferers.

Dr Brucke-Teleky, National Corresponding Secretary for Austria, thanked her colleagues for having accepted Vienna as the seat of the meeting. She said that her town, while being unable to emulate London, Prague and Bologna on account of the present economic situation, nevertheless offered whole-hearted hospitality to the M. W. I. A. and she hoped that its members would carry away pleasant memories of their stay in Vienna.

Dr Thuillier-Landry thanked the orators for their friendly and encouraging words and terminated the meeting.

REUNIONS DU CONSEIL

Le Conseil de l'Association Internationale des Femmes-Médecins s'est réuni le mercredi 16, le jeudi 17 et le vendredi 18 septembre 1931, sous la présidence du Dr Thuillier-Landry.

Le Conseil est heureux d'accueillir les deux nouvelles Associations affiliées : le Japon et la Tchécoslovaquie et de voir les Pays-Bas, les Indes néerlandaises et l'U. R. S. S. représentées dans l'Association Internationale chacun par un membre individuel.

Les Pays n'ayant pu se faire représenter à la Réunion de Vienne ont communiqué leurs opinions sur les sujets mis à l'étude et adressé à l'assemblée leurs souhaits de succès.

Déléguées :	Mmes les Drs.
Allemagne	Hermann.
—	Hoffa.
—	von Muller.
—	Salzmann.
Autriche	Bauer-Jokl
—	Brucke-Téléky.
Danemark	Johanne Naeser
Etats-Unis	Kate Mead.
—	O'Malley
—	Stastny.
—	Tayler-Jones.
France	Blanchier.
—	Hartmann-Coche.
—	Montreuil-Straus.
—	Réquin.
—	Thuillier-Landry.

Grande-Bretagne	Eaves.
—	Herzfeld.
—	Martindale.
—	Odlum.
—	Sharp.
Hongrie	Vegess-Rege.
Indes anglaises	Balfour.
—	Pennell.
Indes néerlandaises	van der Made.
Japon	Toda.
Italie	Sorrentini.
Norvège	Dagny-Bang.
Suède	Ada Nilsson.
Suisse	Feyler.
Tchécoslovaquie	Dewetterova.
Yougoslavie	Nechovitch-Voutchetitch.

Les rapports de la Trésorière et de la Secrétaire générale sont présentés et approuvés. Ils sont publiés dans le présent bulletin.

Désignation des vice-présidentes :

Le Conseil décide que lorsqu'il y aura a remplacer une vice-présidente, une liste de candidatures devra être soumise par le pays à représenter, au Bureau qui choisira sur cette liste.

Rapports des Secrétaires nationales Correspondantes des pays nouvellement affiliés.

Le Dr Dewetterova pour l'Association Tchèque et le Dr van der Made pour les Indes néerlandaises donnent des renseignements très intéressants sur l'activité des femmes-médecins dans leurs pays respectifs.

Choix du lieu du prochain Congrès Quinquennal :

L'Allemagne, les États-Unis et la Suède proposent chacune leur pays comme siège du prochain Congrès, mais en raison de la crise économique actuelle, le choix définitif sera fait ultérieurement par le Bureau.

Sujets de discussions pour le prochain Congrès :

Onze sujets ont été proposés et les deux questions suivantes ont été retenues :

1° Les effets de l'Éducation physique sur la Femme (menstruation, grossesse, etc.) proposé par le Dr Hoffa, Allemagne.

2° Le contrôle des naissances, proposé par le Dr Téléky, Autriche.

Le Bureau soumet ensuite à la ratification du Conseil un certain nombre de décisions prises au cours de ses réunions mensuelles et lui demande de se prononcer sur les modifications au Règlement qu'il propose.

Modification au Règlement :

Il est décidé de modifier l'article VII paragraphe II en y ajoutant la phrase suivante : « Le Conseil se compose des Membres du Bureau et des représentantes de chaque pays. »

Il est en outre décidé que les trois Membres du Bureau (Présidente, Trésorière et Secrétaire générale) doivent être présents à toutes les réunions et que le pays qui envoie ces trois membres ne doit pas avoir moins de trois voix au Conseil.

Relations avec les Organisations internationales s'occupant d'Hygiène et de Médecine sociales :

L'Association Internationale des Femmes-Médecins a déjà organisé un échange régulier de publications avec les grandes Organisations internationales et cherche les moyens d'intensifier cette collaboration.

Le Conseil admet l'envoi d'une représentante aux Congrès de ces Associations lorsqu'une question y sera étudiée au sujet de laquelle l'Association Internationale des Femmes-Médecins aura déjà pris nettement position.

En échange l'A. I. F. M. recevra à ses Congrès des femmes-médecins représentantes de ces Associations.

Collaboration entre l'Association Internationale des Femmes-Médecins et la Fédération des Femmes Diplômées des Universités :

La Fédération des Femmes Diplômées des Universités propose un certain nombre de vœux au vote du Conseil de l'Association Internationale des Femmes-Médecins en vue d'assurer une collaboration entre les deux associations.

1° Création d'un Comité de coopération entre la F. F. D. U. et les organisations professionnelles internationales. Ce Comité sera composé d'une représentante de chacune des organisations, ces représentantes devant toutes être membres de la F. F. D. U.

2° Échange par les secrétariats des documents pouvant intéresser les diverses associations (rapports des Congrès, questions à l'étude, dates des réunions, etc.).

3° Invitation d'une déléguée de chaque association aux Congrès des autres, avec cette condition que la déléguée de la F. F. D. U. devra être une femme-médecinp our les congrès des femmes-médecins et une juriste pour les congrès des femmes-avocates.

4° Réunions entre présidentes des différentes associations lorsque les circonstances le permettront.

5° Entente entre les associations pour que leurs réunions de Conseils et leurs Congrès aient lieu dans le même pays et à des dates rapprochées, afin de permettre la rencontre de leurs membres et de ne pas multiplier les déplacements.

6° Que chaque association offre aux autres associations une petite place dans ses publications internationales pour des communications intéressant les unes et les autres.

7° Nomination, toutes les fois que cela sera nécessaire d'une commission mixte chargée d'étudier une question intéressant les membres de deux ou plusieurs associations.

Tous ces vœux sont adoptés à l'exception du vœu n° 5.

A ce sujet le Dr Thuillier-Landry propose de tenir un Congrès tous les trois ans, rythme adopté par presque toutes les grandes Associations internationales avec entre temps une Réunion du Conseil purement administrative ne comportant pas de discussions scientifiques.

Le Conseil décide le renvoi de cette discussion au prochain Congrès.

Le Dr Montreuil-Straus propose de voter un vœu blâmant les mesures d'exception qui privent de leurs postes les femmes-médecins fonctionnaires mariées. Cette proposition est adoptée. (Voir texte des vœux à la fin du bulletin.)

Avant de lever la séance, la Présidente propose que les excellents Rapports préparés par les Rapporteurs généraux soient propagés le plus possible et demande qu'une liste des personnalités, institutions, bibliothèques, etc., auxquelles ces rapports pourraient être adressés soit communiquée au Secrétariat.

MEETINGS OF THE COUNCIL

The Council of the Medical Women's International Association met on Wednesday the 16th, Thursday the 17th and Friday the 18th of september 1931, under the chairmanship of Dr *Thuillier-Landry*.

The Council was happy to welcome two new affiliated Associations : Japan and Czecho-Slovakia and to see the Netherlands, the Dutch East Indies and Russia represented in the International Association, each by an individual member.

The countries unable to send representatives to the Vienna Meeting had communicated their opinions of the subjects on the agenda and addressed their best wishes for success to the assembly.

Delegates :	Drs
Austria	Bauer-Jokl.
—	Brucke-Teleky.
Czecho-Slovakia	Dewetterova.
Denmark	Johanne Naeser.
Dutch East Indies	Van der Made.
France...........................	Blanchier.
—	Hartmann-Coche.
—	Montreuil-Straus.
—	Réquin.
—	Thuillier-Landry.
Germany	Hermann.
—	Hoffa.
—	von Muller.
—	Salzmann.
Great Britain......................	Eaves.
—	Herzfeld.
—	Martindale.
—	Odlum.
—	Sharp.
Hungary	Vegess-Rege.
India	Balfour.
—	Pennell.
Italy.............................	Sorrentini.
Japan............................	Toda.
Jugoslavia	Nechovitch-Voutchetitch.
Norway	Dagny-Bang.
Sweden...........................	Ada Nilsson.
Switzerland.......................	Marie Feyler.
United States	Kate Mead.
—	O'Malley.
—	Stastny
—	Tayler-Jones.

The reports of the Treasurer and the Honorary Secretary were presented and approved. They are published in the present bulletin.

Nomination of Vice-Presidents.

The Council decided that when it was necessary to replace a vice-president, a list of candidates should be submitted by the country to be represented to the Officiers who would choose from this list.

Reports of the National Corresponding Secretaries of the newly-affiliated associations.

Dr Dewetterova for the Czech Association and Dr Van der Made for the Dutch Indies gave most interesting information concerning the activity of medical women in their respective countries.

Choice of place for the next Quinquennial Congress.

Germany, the United States and Sweden proposed their country as the seat for the next Congress, but by reason of the present economical crisis the definite choice would be left to the Officers to make at a later date.

Subjects for discussion at the next Congress.

Eleven subjects were proposed from which the following two questions were chosen :

1° The effects of Physical Education on Women (menstruation, pregnancy, etc.) proposed by Dr Hoffa (Germany).

2° Birth-Control, proposed by Dr Teleky (Austria).

The Committee submitted to the ratification of the Council a certain number of decisions taken during the monthly meetings and asked the delegates to give their opinion on them.

Modification in the Bye-Laws.

The Council decided to modify article VII paragraphe II by the addition of the following sentence : « the Council is composed of the Officers and of representatives of each country. »

It was further decided that the three Officers (President, Treasurer and Honorary Secretary) should be present at all meetings and that the country providing these three Officers should not have less than three votes in the Council.

Relations with International Organisations of Medical and Social Hygiene.

The M. W. I. A. had already organised a regular exchange of publications with the important International Associations and was studying the means of intensifying this collaboration.

The Council agreed to send a representative to the Congresses of these Organisations when there was a question on the agenda about which the M. W. I. A. had already taken a definite stand.

In exchange the M. W. I. A. would admit to its Congresses medical women belonging to these Associations.

Collaboration between the Medical Women's International Association and the International Federation of University Women.

The International Federation of University Women had proposed a certain number of resolutions upon which they asked the Council of the M. W. I. A. to vote, concerning the collaboration betwen the two associations. These resolutions were as follows :

1° Creation of a committee of co-operation between the I. F. U. W. and international professional organisations. This committee would be composed of a representative of each of these organisations who should all be members of the I. F. U. W.

2° Exchange by the secretariats of documents of interest to the various associations (reports of meetings, questions to be discussed, dates of future meetings, etc.).

3° Invitation of a representative of each association to the Congresses of the others, on condition that the representative of the I. F. U. W. should be a medical woman for the Congresses of the medical women and a jurist for those of the women jurists.

4° Meetings betwen the presidents of the different associations when circumstances permitted.

5° Agreement between the associations so that their Council Meetings and Congresses take place in the same country and at a near date so that their respective members might meet and in order not to multiply the number of journeys necessary.

6° Each association should reserve for the other associations a small space in their international publications for communications of interest to each other.

7° Nomination, whenever necessary of a joint commission for the study of a question interesting the members of two or more associations.

All these resolutions were adopted with the exception of number 5.

Speaking of this proposal, *Dr Thuillier-Landry* suggested that the M. W. I. A. should hold a Congress every three years, rhythm of nearly all the big international associations, with a Council Meeting in between which would be purely administrative without any scientific discussions.

The Council decided to postpone the discussion of this point until the next Congress.

Dr Montreuil-Straus proposed a resolution condemning the measures taken to deprive medical women of their official posts upon marriage. This resolution was adopted. (see text of resolutions at the end of the bulletin).

Before closing the meeting the President proposed that the excellent reports prepared by the Rapporteurs should be circulated as widely as possible and requested that members should communicate to the central office a list of the personnalities, institutions, libraries, etc. to whom these reports might be sent.

SESSIONS SCIENTIFIQUES

Mercredi 16 septembre à 15 heures 1re réunion sous la présidence de *Miss Martindale* (Grande-Bretagne).

Le Rôle des Femmes-Médecins dans les Pays Exotiques.

Miss Martindale exprime les regrets de l'assistance pour l'absence du *Dr Poli Garnier*, Rapporteur de la question pour les pays de langues latines, empêchée par un deuil de venir à Vienne.

Le *Dr Margaret Balfour* (Indes anglaises), Rapporteur pour les pays de langues anglo-saxonnes résume son rapport et propose la création d'un Comité pour intensifier les recherches sur les causes et l'évolution des maladies si fréquentes en pays exotiques qui affectent la grossesse et l'accouchement.

Le *Dr Agnel-Billoud* (France) prend ensuite la parole pour présenter les conclusions du Dr Poli-Garnier (Algérie). (Ces rapports sont imprimés *in extenso* à la suite des comptes-rendus.)

Le *Dr Pennell* (Indes anglaises) appuie l'idée du Dr Balfour d'organiser une Commission permanente qui s'occuperait des maladies qui prévalent dans les pays exotiques. Elle dit que l'A. I. F. M. a d'énormes possibilités d'action et partant une grande responsabilité. Étant en rapports avec tous les pays il lui serait peut-être possible d'obtenir l'octroi de fonds internationaux pour le travail à faire dans ce domaine, où le manque de fonds est à la base de toutes les difficultés rencontrées. Elle insiste aussi sur la nécessité d'intensifier les recherches, mais ici encore il faut de l'argent.

Elle parle des Écoles de Médecine qui devraient être créées et demande pour elles des femmes-médecins ayant les mêmes qualifications que leurs collègues d'Europe. Au début il était nécessaire d'admettre des diplômes inférieurs, mais devant les difficultés du travail à accomplir les plus hautes qualifications sont maintenant requises.

Elle s'élève aussi contre la pratique, souvent rendu nécessaire par le manque de personnel qualifié, de confier à des infirmières ce qui devrait être fait par des médecins. Elle termine en adressant un appel pressant en faveur d'une coopération générale et d'efforts soutenus en vue des améliorations à poursuivre.

Le *Dr Dengel* (États-Unis), qui a travaillé quatre ans aux Indes, et dont le cœur est encore là-bas, raconte que les femmes de ce pays sont sans appui mais pleines de bonne volonté, et qu'elles acceptent le progrès lentement mais sûrement. Elle déplore le manque de médecins et d'infirmières, et constate que cette pénurie est surtout due, pour les femmes, à l'ignorance où elles sont de la situation dans ces pays, et du champ d'action immense qui

s'offre à elles. Le Dr Dengel a fait de nombreuses conférences, à son retour en Amérique, dans les écoles, les clubs, etc., et elle a partout trouvé un intérêt vite éveillé. Elle applaudit à l'idée de la Commission permanente, dont un des buts devrait être de faire connaître dans le monde entier les conditions des pays lointains, persuadée que lorsque les femmes seront renseignées, nombreuses seront celles qui voudront se porter au secours d'autres femmes et de leurs enfants.

Miss Martindale a été très frappée par les remarques du Dr Balfour concernant les coutumes existant dans les pays exotiques et des difficultés qu'elles occasionnent ; elle demande notamment si l'A. I. F. M. pourra faire quelque chose d'utile dans la question, récemment discutée en Angleterre, de la circoncision de la femme.

Le *Dr Balfour* dit que cette pratique, douloureuse et dangereuse, parfois cause de mort, et toujours de choc pour le système nerveux, a cessé aux Indes mais existe encore dans beaucoup de parties de l'Afrique. Elle serait favorable à son abolition, mais elle souligne l'importance qu'il y a à procéder avec précaution dans l'interdiction légale de certaines pratiques indigènes, qui constituent le plus souvent des prescriptions religieuses absolues. Elle cite le cas de nombreuses femmes qui, empêchées par la loi de continuer ces pratiques ordonnées par leurs croyances, se voient mises au ban de leurs tribus, et qui n'ont alors d'autre ressource que de devenir des prostituées. D'autres coutumes encore se rattachent, pour l'indigène, à son code moral, et s'il les voit abolir trop rapidement il perd la notion du bien et du mal, et le résultat acquis va à l'encontre du but poursuivi. Revenant à la question de la circoncision féminine, elle conseille d'instituer une enquête plus approfondie dans les différents pays, et premièrement de chercher à apprendre les désirs des femmes elles-mêmes sur ce point.

Le *Dr Requin* (France) croit que ce problème pourrait être étudié par la Commission permanente précitée.

Le *Dr Ramsay* (Grande-Bretagne) raconte que le Comité exécutif de la Fédération Britannique des Femmes-Médecins a eu à exprimer son opinion sur ce sujet à la demande d'une femme, Membre du Parlement britannique. Après une discussion approfondie une proposition a été adressée au Gouvernement anglais recommandant l'abolition de cette pratique qui apparaît comme dangereuse, mais demandant que les méthodes de cette prohibition soient confiées au gouvernement colonial afin d'obtenir la disparition graduelle de cette coutume après qu'une propagande appropriée aurait préparé la voie.

Elle remercie le Dr Balfour pour son excellent rapport, qui éclaire singulièrement le travail demandé dans ces pays et celui déjà accompli, et estime qu'il aura ouvert les yeux à plus d'une femme-médecin.

Parlant de la morbidité maternelle elle estime que chaque pays ayant des colonies devrait donner des instructions à ses femmes-médecins sur les meilleures méthodes de prévention, et estime que la Commission permanente proposée ne pourra agir efficacement que par le moyen de sous-comités de membres correspondants, choisis avec grand soin pour les différentes investigations à faire, leur travail étant ensuite centralisé par le Bureau de l'A. I. F. M.

Le *Dr Balfour* précise que selon son idée, cette Commission permanente ne s'occuperait pas seulement de la morbidité et de la mortalité maternelles, mais de toutes les faces du problème exotique. Elle conseille des cours de perfectionnement pour les femmes-médecins allant travailler dans les pays exotiques, en vue de leur faire connaître les conditions spéciales qu'elles y rencontreront, les maladies qui y prévalent, etc. Elle voit naturellement des cours différents pour des pays différents, mais il lui semble qu'un standard commun pourrait être requis, lequel serait communiqué aux gouvernements intéressés, aux écoles de médecine, etc.

Dame Louise Mc Ilroy (Grande-Bretagne) appuie cette proposition.

Le *Dr Balfour* donne des explications sur la Commission permanente qu'elle préconise. Elle la verrait composée en Europe de membres qualifiés, avec des membres correspondants aux Colonies qui leur enverraient des renseignements ; ceux-ci seraient recueillis par le Bureau international. Elle rappelle qu'une commission analogue a rendu de précieux services pour la peste.

Le *Dr Bauer* (Autriche) demande qu'une collègue autrichienne donne des précisions sur les comités consultatifs pour la maternité, institution qui n'existe dit-elle dans sa forme précise qu'en Autriche.

Le *Dr Téléky* raconte que dans ces comités travaillent des femmes-médecins et des infirmières visiteuses, des femmes les fréquentent depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la naissance de leurs enfants, et elles continuent ensuite à y venir avec leurs enfants jusqu'à ce que ces derniers aient six ans. De plus la Municipalité de Vienne a organisé un examen du sang pendant la grossesse, afin de lutter contre les maladies vénériennes. La mortalité maternelle et infantile a ainsi beaucoup baissé depuis la guerre.

Le *Dr Balfour* revient sur l'intervention du Dr Pennell. Elle reprend le cas des femmes-médecins ayant des diplômes inférieurs à ceux demandés en Europe, et dit que ces femmes rendent de grands services ensuite comme assistantes dans les hôpitaux et dans les villages et pour de petites opérations. Elle aussi est de l'avis du Dr Pennell qu'il vaudrait mieux demander le même standard de qualifications pour toutes, mais ce standard élevé exige une éducation et une instruction élevées et la question se pose de savoir si dans les pays exotiques le niveau de l'instruction est dès à présent

assez haut et s'il est dès maintenant possible de renoncer à des aides moins qualifiées ? Elle rappelle que souvent les médecins très qualifiés n'aiment pas travailler dans les villages retirés.

Comme le Dr Pennell elle est hostile à l'habitude qu'ont contractée certaines femmes-médecins de confier une partie de leur travail à leurs infirmières, mais il ne faut pas oublier que c'est souvent là un cas de force majeure et mieux vaut y avoir recours certaines fois que de laisser mourir une femme en couches par exemple si le médecin est retenu à son poste par des centaines de malades qui l'attendent.

Par contre elle s'élève fortement contre la pratique de certaines municipalités qui confient volontiers à des infirmières ou à des visiteuses le travail qui devrait être fait par des médecins, comme la direction d'un dispensaire, pour la seule raison que la rémunération de ces personnes est moins élevée que celle des médecins.

Elle termine la première séance en disant combien lui ont fait plaisir les paroles enthousiastes du Dr Dengel sur son travail aux Indes, et dit que ce sont des femmes comme elle qu'il faut dans les pays exotiques, où pour véritablement réussir il faut du *personnel* et de la *personnalité*.

***

Jeudi 17 septembre à 15 heures 2e réunion sous la présidence du *Dr Tayler Jones* (États-Unis).

Suite de la discussion sur le Rôle des Femmes-Médecins dans les Pays Exotiques.

Le *Dr Balfour* dit qu'elle estime le moment venu de se former une opinion, maintenant que les femmes-médecins sont employées de plus en plus dans les Colonies, sur les avantages et les inconvénients comparés de services médicaux spéciaux uniquement confiés à des femmes, ou de services communs aux médecins des deux sexes. Le Dr Balfour invite ses collègues présentes à se prononcer sur cette question ; elle rappelle les services rendus et les résultats acquis par le service médical aux Indes, et constate que dans les autres services coloniaux, où les femmes sont admises, en principe, sur un pied d'égalité absolue avec leurs confrères masculins, dans la pratique elles n'arrivent jamais aux postes supérieurs, qui sont toujours confiés à des hommes, ainsi que les postes d'inspection lorsqu'il s'agit de surveiller le travail d'hommes et de femmes.

Le *Dr Tayler Jones* souligne l'importance de ce problème et invite l'assistance à ne pas prendre sans beaucoup de réflexion une décision qui pourrait avoir une répercussion importante dans de nombreux pays.

Le *Dr Pennell* préconise un service unique pour les deux sexes, mais où les hommes dirigeraient les sections pour hommes et les femmes celles pour les femmes, comme cela se fait déjà dans le service de l'Instruction Publique aux Indes. Ceci permettrait de demander aux Gouvernements plus de femmes-médecins. Elle juge d'ailleurs inopportun de soumettre aux Gouvernements des recommandations arrêtées étant donné l'évolution politique actuelle. Elle dit que sans les hôpitaux des Missons qui existent un peu partout les femmes des Indes manqueraient terriblement de soins.

Le *Dr Benson* (Grande-Bretagne) raconte que lorsque le service médical féminin fut fondé aux Indes un certain nombre de femmes-médecins adressèrent une pétition à la femme du Vice-Roi en vue de l'amélioration des conditions des femmes-médecins aux Indes. A la suite de cette démarche elles reçurent un questionnaire émanant du Gouvernement central qui leur fit comprendre qu'il n'était pas de leur intérêt de solliciter des postes dans des services dirigés par des hommes, souvent médecins militaires, et qu'il leur était naturellement impossible de songer à obtenir des postes dans les services médicaux de l'armée. Elles comprirent donc qu'il était préférable de former des services distincts pour les femmes. Le Dr Benson voit un autre avantage à la création de ces services, c'est qu'ils peuvent s'organiser sur des bases modernes sans subir les entraves d'anciennes règles surannées. Elle cite comme exemple le Collège fondé à Delhi, où le service médical féminin est admirablement organisé.

Le *Dr Adamson* (Grande-Bretagne) n'ayant pas d'expérience du travail aux Indes voit cependant une objection à un service commun. Elle craint qu'un tel service n'ait tendance à se modeler sur le service d'Hygiène Publique tel qu'il existe en Angleterre, où il arrive généralement que sont seules dévolues aux femmes certaines branches d'activités considérées, à tort ou à raison, comme un peu inférieures. Tout en reconnaissant qu'un seul service où les postes de direction et de responsabilité seraient attribués uniquement d'après les capacités serait l'idéal, elle croit que pour le moment un service spécial pour les femmes-médecins est plus souhaitable.

Le *Dr Dengel* cite le cas d'un poste supérieur d'inspection du travail dans les Hôpitaux et Missions qui était le seul confié à une femme, et qui depuis quelques années a été supprimé par le Gouvernement des Indes pour réaliser des économies. Le Dr Dengel dit toute l'utilité que présentait cette inspection, souvent seul point d'attache pour les hôpitaux isolés, souvent leur unique moyen de se tenir au courant des progrès obtenus et des résultats acquis dans les autres parties de l'Inde, et elle fait observer que si ce poste avait dépendu d'un service spécial de femmes il n'aurait jamais été supprimé.

Le *Dr Raemi* (Suisse) regrette l'absence du Dr Schnabel,

empêchée d'assister à la réunion, qui a travaillé pendant deux ans à l'Hôpital du Professeur Schweizer à Lambarene (Congo), et qui insiste sur l'absolue nécessité d'envoyer des femmes médecins européennes là-bas, pour soigner les femmes indigènes privées de tout soin compétent.

Le *Dr van der Made* (Indes néerlandaises) dit que dans son pays il n'y a pas encore assez de femmes-médecins pour préconiser l'établissement de services spéciaux pour les femmes ; il y en a peut-être 40 ou 50 en tout, en comptant celles au service du Gouvernement et celles des Missions. Il existe des hôpitaux spéciaux pour femmes, où le Gouvernement nomme deux ou trois femmes-médecins pour les accouchements et pour l'instruction des sages-femmes.

Le *Dr Balfour* résume la discussion sur la question qu'elle a soulevée en disant que le moment n'est pas encore venu de prendre parti, qu'il faut laisser au temps et à une étude approfondie le soin d'indiquer la solution préférable. Elle rappelle que le service spécial des Indes n'a que seize ans d'existence et que beaucoup d'autres services coloniaux sont plus jeunes encore, et elle trouve insuffisants les renseignements recueillis jusqu'ici. Tout le monde souhaiterait un service unique où les femmes auraient exactement les mêmes possibilités que les hommes, mais si, comme l'a dit le Dr Adamson, cela aboutit à ne leur confier que les postes subalternes alors mieux vaut leur réserver des services spéciaux où elles peuvent montrer ce dont elles sont capables. Il est surtout important pour le travail des femmes-médecins qu'elles puissent atteindre aux postes administratifs. Le Dr Balfour conseille de garder présente à l'esprit la question posée de manière à y répondre ultérieurement en toute connaissance de cause.

Elle oriente ensuite la discussion sur le dernier point de son rapport : étant donné la pénurie actuelle de femmes-médecins dans les pays exotiques, est-il préférable de les répartir sur de nombreux points du territoire de façon à secourir le plus possible de malades, ou au contraire de les grouper en un petit nombre de centres, chaque centre se spécialisant dans une certaine branche d'activité médicale ? Elle cite le cas, fréquent dans les Indes et les autres colonies anglaises, d'une seule femme-médecin à la tête d'un hôpital mal équipé, où les malades sont nombreux et où il est difficile de faire un travail soigné ; elle demande s'il serait préférable que le Gouvernement laisse ces hôpitaux à la charge des autorités locales, et concentre son effort sur quelques hôpitaux plus importants comprenant six à huit femmes-médecins, un équipement moderne, des installations de Rayons X, etc., et où les petits hôpitaux locaux pourraient envoyer leurs cas difficiles ?

Le *Dr van der Made* préconise un grand hôpital central pour les cas difficiles avec de petits hôpitaux locaux pour les cas courants.

Personne autre n'ayant demandé la parole sur ce point le *Dr Agnel Billoud* au nom du Dr Poli Garnier, parle du vaste champ d'action ouvert aux femmes-médecins au Maroc, et dit qu'il reste énormément à faire, en particulier pour la lutte contre les parasites, où les grands efforts déjà faits donnent des résultats très appréciables, et pour les soins à donner aux yeux. Elle dit qu'il faut des femmes-médecins expérimentées et pleines de courage qui ne se laissent pas rebuter par la difficulté de la situation et la malpropreté des indigènes.

Le *Dr Thuillier-Landry* (France) dit que l'Association Française des Femmes-Médecins a eu à intervenir à deux reprises pour faire augmenter en Algérie les traitements des femmes-médecins, nettement inférieurs à ceux de leurs collègues masculins. Elle estime que l'A. I. F. M. devrait proclamer la nécessité de faire soigner les femmes et enfants indigènes par des femmes-médecins et de donner à celles-ci une situation en rapport avec le travail qu'elles ont à fournir. Elle est d'avis qu'une telle proclamation aiderait l'Association Française et peut-être d'autres dans leurs efforts pour améliorer les conditions faites aux femmes-médecins dans les pays exotiques.

De plus elle souligne que les femmes-médecins françaises des Colonies insistent sur la nécessité de former de bonnes infirmières indigènes, et elle propose que l'A. I. F. M. émette un vœu dans ce sens faisant ressortir que le service médical dans les pays exotiques ne peut rendre les services qu'on est en droit d'en attendre qu'avec l'aide des infirmières nécessaires.

L'Assemblée accepte ces deux propositions à l'unanimité.

Le *Dr Kate Mead* (États-Unis) espère que l'A. I. F. M. continuera à bombarder les Gouvernements de résolutions jusqu'à ce qu'ils agissent en conséquence.

Le *Dr Balfour* approuve le vote de toute résolution tendant à améliorer les conditions dans les colonies, mais elle rappelle que la situation est différente suivant les pays. Pour ce qui est des infirmières, par exemple, aux Indes britanniques le Gouvernement connaît maintenant la nécessité d'en avoir en nombre suffisant mais il reste à améliorer leur niveau et leurs études, tandis qu'en certaines parties de l'Afrique il importe d'abord de préparer un grand nombre d'infirmières, le standard de leur formation viendra par la suite. Elle définit ensuite la Commission permanente dont le principe est adopté. (Voir texte des vœux à la fin du *Bulletin.*)



Vendredi 18 septembre à 15 heures 3[e] réunion sous la présidence du *Dr Hoffa* (Allemagne).

Le *Dr Balfour* soumet au vote de l'assemblée le texte d'une résolution résumant les vœux exprimés la veille sur le travail des

que des climats différents peuvent déterminer un état physiologique différent. Elle dit par exemple que les femmes d'Italie ne peuvent pas porter des poids aussi lourds que les femmes nordiques.

Elle estime que la protection de la femme travailleuse n'est pas une question individuelle mais une question intéressant la race, et qu'à travers la femme il faut protéger l'enfant. Si la femme était payée autant que l'homme ce serait là la meilleure des protections. Tout en luttant pour l'égalité de la femme et son élévation sociale, elle réclame pour elle des lois raisonnables de protection dans la maternité.

Le *Dr Derscheid-Delcour* (Belgique) communique par lettre un court travail par Mme de Craene van Duuren sur la Protection légale. Mme van Duuren s'élève contre cette protection en disant qu'il est peu scientifique de déclarer que la santé et le bien-être d'un groupe d'individus ne peuvent être assurés qu'en les soumettant à des restrictions et à des incapacités.

Le *Dr Nechovitch* (Yougoslavie) dit qu'en 1922 une loi de protection de la travailleuse a été votée, que le travail de nuit est presque partout défendu dans son pays aux femmes, que tous les travailleurs sont assurés. La femme reçoit, pendant deux mois avant et deux mois après son accouchement une allocation se montant à 75 % de son salaire, et son contrat de travail n'est pas interrompu, mais elle n'a pas le droit de travailler pendant ce délai, sans cela elle ne reçoit rien. L'hygiène est enseignée dans les écoles publiques.

Le *Dr Bauer* (Autriche) est hostile au travail de nuit pour la femme, disant que ce travail n'est en général pas mieux payé que celui de jour ; par contre elle n'estime pas que la femme soit plus susceptible aux poisons industriels que l'homme, sauf cependant pendant la grossesse.

Le *Dr Hoffa* lève la séance et renvoit la suite des discussions au lendemain.

***

Samedi 19 septembre à 9 heures 4e réunion sous la présidence du *Dr Thuillier-Landry*.

Suite de la discussion sur la Protection légale des Travailleuses.

Le *Dr Thuillier-Landry* rappelle que de nombreux orateurs ont demandé la parole et qu'il est nécessaire de limiter l'intervention de chacun à cinq minutes.

Le *Dr Kjellberg* (Suède) répond aux remarques du Dr Lollini en disant que les femmes latines ne lui paraissent pas différentes des femmes nordiques, et qu'elles portent souvent des poids

énormes, ce que ne font pas les femmes scandinaves ; elle croit simplement que les femmes du Nord sont plus libres.

Elle ne veut pas de lois de protection spéciales pour les femmes mais des lois générales pour les hommes et les femmes ; ce n'est pas le travail à l'usine qui fatigue la femme mais l'addition, le soir, des travaux domestiques, et si la femme était mieux payée elle pourrait se faire aider dans son travail ménager. Le Dr Kjellberg ne croit pas la femme plus sensible que l'homme aux empoisonnements industriels, mais les sujets faibles, hommes ou femmes, sont naturellement plus exposés à ces empoisonnements ; elle termine en souhaitant de voir toutes les femmes-médecins se mettre d'accord pour faire admettre les résolutions suivantes : égalité de salaire à travail égal, et classification des travailleurs, au point de vue de la protection, en faibles et forts, et non en hommes et femmes.

Le *Dr Rosenthal-Deussen* (Allemagne) affirme son accord avec les conclusions des Drs Sorrentini et Adler. Elle demande la protection de l'enfant à travers la femme, et ensuite la protection générale pour les deux sexes. Elle constate qu'on a déjà beaucoup fait pour exclure certains poisons des industries, mais qu'à mesure que l'on en élimine certains, de nouveaux apparaissent. Elle termine en adressant des remerciements aux suffragistes qui ont tant obtenu pour les femmes, et dit que celles-ci ne sont pas inférieures aux hommes mais qu'elles sont différentes.

Le *Dr Reichart* (Tchéco-Slovaquie) voudrait voir la femme assez instruite pour choisir librement elle-même le travail qui lui convient. Elle réclame les mêmes lois pour les hommes et les femmes.

Le *Dr O'Malley* (États-Unis) estime que :

1° les femmes devraient être libres de travailler la nuit si elles le désirent, l'interdiction étant contraire à leur liberté de citoyen ;

2° chaque pays devrait décider lui-même quelles lois de protection sont les mieux en rapport avec ses besoins économiques et sociaux ;

3° la protection légale ne devrait pas être basée seulement sur une question de sexe, les hommes comme les femmes devant profiter de lois de protection quand les conditions de travail sont défectueuses ou malsaines ;

4° de puissantes organisations féminines et l'éducation des femmes contribueront plus que tout à résoudre ce problème.

Le *Dr Adamson* (Grande-Bretagne) regrette que des pays aussi différents que la Grande-Bretagne, l'Allemagne, l'Autriche, le Japon, les États-Unis aient été compris dans un même rapport, car les conclusions ne donnent pas une idée fidèle de l'opinion de chaque pays.

Elle dit que l'affirmation que le travail de nuit ne peut pas être

fait par les femmes, et que la fonction maternelle souffre du travail trop lourd n'a jamais été confirmée dans les rapports par des preuves médicales.

Les femmes ont toujours travaillé, ce n'est que lorsqu'elles arrivent à des postes très bien payés que les législateurs hommes parlent de la nécessité de lois de protection pour elles. Le Dr Adamson exerce depuis vingt ans dans un pays industriel de 500.000 habitants, où les femmes restent à l'usine après leur mariage, et elle a pu constater que les cas d'accouchement et de suite de couches pathologiques étaient imputables à un défaut de soins pendant la grossesse et l'accouchement, et nullement au travail exécuté par ces femmes.

Pendant la guerre elle a eu sous sa surveillance 5.000 femmes occupées dans une fabrique de munitions, qui travaillaient une semaine de jour et une semaine de nuit. Toutes subissaient un examen médical avant d'être enrôlées et aucun de celles ayant été jugées aptes à un travail difficile, demandant une forte dépense en force physique, n'a montré ensuite un déplacement même léger du pelvis, et toutes celles qui étaient bien portantes au commencement l'étaient à la fin de la guerre. Vers la fin de la guerre le Dr Adamson a obtenu du Gouvernement britannique l'autorisation de faire assurer un service entier de l'usine par des femmes enceintes qui pour des raisons économiques ou personnelles ne voulaient pas quitter leur travail. Elle traitait ces femmes en tous points comme les autres, la seule différence étant qu'elle supprimait le travail de nuit à partir de la 16e semaine de la grossesse et pendant toute sa durée interdisait le maniement des machines à transmission. Ces femmes restaient à leur poste jusqu'au jour de leur accouchement et elles furent examinées après ; il n'y eut pas un seul cas d'enfant mort-né et aucune de ces femmes n'a souffert par l'effet de son travail. Le Dr Adamson conclut en disant que l'ensemble de ces faits la pousse à appuyer de toutes ses forces la résolution scandinave et comme membre de l'Open Door elle s'oppose à toute mesure restrictive du travail de la femme.

Le *Dr Paykull* (Suède) laisserait à la femme la liberté de choisir elle-même son travail ; elle est opposée à toute loi spéciale mais verrait volontiers la possibilité pour la femme peu forte de se reposer un certain temps au moment des couches avec une indemnité. Elle s'élève contre la prime d'allaitement de douze mois, déclarant que toutes les femmes-médecins sont d'accord pour conseiller l'alimentation mixte à partir du 6e ou du 7e mois.

Le *Dr Balfour* dit qu'aux Indes anglaises les femmes-médecins ont préconisé la protection. Ce pays devient rapidement un pays industriel, 250.000 femmes travaillent régulièrement et autant illicitement, et leur nombre augmente tous les jours. Elle a eu l'occasion d'observer ce qu'il en était de la maternité dans les industries cotonnières où les femmes faisaient une journée de huit

heures, plus six heures de travaux domestiques chez elles, commençant à cinq heures pour terminer à dix heures du soir.

Elle constate que la santé de ces ouvrières comparée à celle d'autres femmes de même condition mais qui ne travaillaient pas, était meilleure, que pendant la grossesse il y avait moins de maladies, mais il y avait plus de morts-nés ; d'où elle conclut que le travail n'est pas mauvais pour les femmes elles-mêmes mais qu'il peut l'être pour les enfants. Elle propose que chaque pays décide la question pour lui-même, la protection étant plus utile à certains qu'à d'autres.

Le *Dr Gordon* (Grande-Bretagne) définit la position de la travailleuse aujourd'hui en Angleterre. Elle est protégée par une législation sous le contrôle du Ministère de l'Intérieur, et les assurances nationales de maladie et de chômage améliorent encore sa situation. De plus les usines importantes ont leurs propres services médicaux.

La période de la guerre a permis à la femme, qui partout a dû remplacer l'homme, de montrer ce dont elle était capable.

Depuis la guerre de nombreux directeurs d'usines ont organisé des services purement volontaires dits de « prévoyance industrielle ». L'importance de ces services varie avec l'importance des usines, leur situation urbaine ou rurale et la largeur de vues du directeur. A titre d'exemple de ces organisations elle cite celle de la fabrique de biscuits à Londres où elle exerce, et qui comprend deux intendants d'usine (welfare supervisors), un homme et une femme, une infirmière et un médecin (elle-même). Ce service s'occupe de l'organisation des cantines, du chauffage, de l'éclairage, de l'aération et du nettoyage des salles, de la création de cercles sportifs et sociaux, de l'examen médical de tous les candidats au travail, de l'examen médical périodique des jeunes ouvriers et de tous ceux plus spécialement exposés à un risque professionnel. On fait le diagnostic et le traitement des maladies et accidents sans gravité, les soins des dents et des yeux, des consultations industrielles ; on envoie à l'hôpital les victimes d'accidents graves.

Le *Dr Zahalkova* (Tchéco-Slovaquie) dit que la base de la protection de la mère est l'assurance sociale. Elle voudrait l'assurance obligatoire pour toutes les catégories de travailleurs, l'État devant contribuer au paiement des primes pour les moins fortunés ; et que cette assurance obligatoire soit étendue même aux personnes qui ne travaillent pas. Elle voudrait voir établir des Centres où les femmes trouveraient les renseignements relatifs à leurs droits, des soins médicaux pour elles et pour leurs enfants, etc.

Le *Dr Ramsay* (Grande-Bretagne) supplie l'assistance de ne pas voter de vœu réclamant une aggravation des lois de protection de la femme, et s'associe énergiquement aux résolutions des Associations scandinaves. Les femmes sont arrivées en Angleterre, au prix de combien d'efforts, à faire admettre le principe d'égalité :

égalité de salaire, mêmes possibilités que les hommes, et elle est au désespoir de voir que certaines femmes présentes qui occupent une situation importante peuvent encore parler complaisamment du « complexe d'infériorité » de la femme, cette vieille idée que les hommes pour leur tranquillité personnelle s'efforcent d'inculquer aux femmes. Elle estime que beaucoup de personnes attachent trop d'importance à l'aspect de la question relatif à la maternité, qui représente au plus le quart de la vie de travail d'une femme, et dit que pendant la guerre lorsque les femmes étaient payées presque autant que les hommes leurs enfants n'ont pas eu à souffrir parce que leurs mères travaillaient.

Elle termine en lisant à l'assistance la *Charte de la Femme*, publiée par l'Open Door International à Berlin en 1929.

Le *Dr Sharp* (Grande-Bretagne) s'oppose au vote de résolutions demandant l'aggravation des lois actuelles de protection, qui iraient à l'encontre des buts poursuivis.

Le *Dr Tayler Jones* (États-Unis) demande des lois de protection identiques pour les hommes et pour les femmes, et croit que les méthodes pour arriver à cette fin peuvent être différentes selon les pays.

Le *Dr Blanchier* (France) trouve que le sexe n'est pas le seul facteur dont il faut tenir compte en établissant des lois et qu'il faut penser à l'enfant, être fragile qu'il s'agit de protéger plutôt que la femme ; elle propose à l'assemblée un vœu dont le texte sera voté en fin de séance. (Voir plus loin.)

Le *Dr Lubinger* (Autriche), médecin d'une caisse de secours depuis 1903, préconise des lois spéciales pour la protection des femmes en tenant surtout compte de l'effort qu'elles ont à fournir, en plus de leur travail rémunéré, pour remplir leur rôle de ménagères et de mères.

Le *Dr Thuillier-Landry* dit que la liste des personnes ayant demandé la parole est épuisée, et que toutes ont pu exprimer librement leurs vues ; elle propose de soumettre d'abord au vote de l'Assemblée les principes affirmés dans les vœux sur lesquels les trois Rrapporteurs généraux ont réalisé un accord, et qui sont au nombre de quatre, le texte exact devant être mis au point ultérieurement par les soins du Bureau international. Ces vœux concernent :

1° l'examen médical périodique des travailleurs ;

2° l'organisation de cours de médecine industrielle dans les Universités ;

3° le contrôle du travail à domicile ;

4° l'application du principe VII du pacte de la Société des Nations « salaire égal sans distinction de sexe pour un travail de valeur égale ».

(Voir texte des vœux).

Ces principes sont adoptés à l'unanimité.

Le *Dr Thuillier-Landry* donne ensuite lecture du vœu du Dr Blanchier, demandant que la maternité soit prévue dans les lois d'assurance. (Voir texte des vœux.)

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Le *Dr Thuillier-Landry*, revenant à la résolution adoptée la veille sur l'organisation d'une Commission permanente pour l'amélioration des conditions dans les pays exotiques, demande, au nom de l'A. I. F. M. au Dr Balfour et au Dr Pennell de bien vouloir prendre la direction de cette Commission et choisir elles-mêmes leurs collaboratrices.

Les *Drs Balfour* et *Pennell* ayant accepté, le Dr Thuillier-Landry les remercie et toute l'assistance les acclame.

Le *Dr Thuillier-Landry* donne ensuite lecture de la résolution proposée la veille au Conseil par le Dr Montreuil-Straus (France) sur le travail de la femme-médecin mariée, et dont elle a préparé le texte en collaboration avec Miss Martindale et le Dr Hoffa. (Voir texte des vœux.)

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Ensuite elle dit combien il lui est agréable d'adresser les remerciements de toute l'assistance à Mme le Dr Bauer, Présidente de l'Association autrichienne, qui en plus de la parfaite organisation de la réunion, a bien voulu assurer les traductions allemandes, à Mme le Dr Brucke-Teleky, l'abeille diligente du congrès, et à chacune des aimables collaboratrices autrichiennes qui toutes ont contribué à l'agrément et au succès de la réunion. Elle remercie l'active et aimable secrétaire, Miss Napier-Ford, que l'Assemblée entière applaudit. Elle donne rendez-vous à tous les membres au prochain Congrès de 1934, et déclare la réunion terminée.

Miss Martindale se lève à son tour et au nom de l'assistance entière qui l'approuve chaleureusement, exprime des remerciements et des félicitations au Dr Thuillier-Landry, Présidente qui a si bien conduit les débats et qui a permis le succès de ces intéressantes et agréables réunions.

SCIENTIFIC SESSIONS

Wednesday, September 16th at 3 o'clock, Ist General Meeting under the chairmanship of *Miss Martindale.*

The Role of Medical Women in Exotic Countries.

Miss Martindale expressed there grets of the assembly for the unavoidable absence of *Dr Poli Garnier,* Rapporteur of the question for Latin countries.

Dr Margaret Balfour (India), Rapporteur for English-speaking countries, gave a résumé of her report and proposed the creation of a Committee to intensify research into the causes and evolution of those diseases so prevalent in exotic countries which affect pregnancy and child-birth.

Dr Agnel Billoud (France) presented the conclusions of Dr Poli Garnier. (These reports are published *in extenso* at the end of the account of the Vienna Meeting.)

Dr Pennel (India) seconded Dr Balfour's suggestion for the organisation of a Standing Committee to enquire into the diseases prevailing in exotic countries. She pointed out that the M. W. I. A. had great possibilities of action and therefore great responsibilities and suggested that the Association, being in touch with all countries, might be able to secure international funds for the work to be accomplished, lack of funds being at the root of all difficulties encountered. She also insisted on the necessity for research but here again money was needed.

She spoke of the Medical Schools to be created and claimed for them medical women having the same qualifications as their European colleagues. If in the beginning inferior diplomas had to be allowed it was now necessary, in view of the difficult work to be performed, that the highest qualifications should be required.

She also condemned the practice, often rendered necessary by lack of qualified personnel, of entrusting to nurses what should be the care of doctors, and concluded by a vehement appeal in favour of wide cooperation and sustained effort in face of the improvements to be sought after.

Dr Denge (U. S. A.) who worked for four years in India and whose heart was still there, said the women in India are helpless but goodnatured and accept progress slowly but surely. She deplored the want of doctors and nurses which she attributed to the lack of knowledge of women in general of the conditions existing and of the vast field of action open to them.

She said that the numerous lectures she had given since her

return to America in schools, clubs etc. had everywhere aroused the keenest interest. She applauded the idea of a Standing Committee, one of whose aims should be to make known all the world over the conditions existing in these far-off lands and voiced her conviction that once women knew and understood the situation many of them would want to go to the assistance of other women with their children.

Miss Martindale said how much she had been struck with Dr Balfour's remarks concerning the customs existing in exotic countries and the difficulties they caused, and wondered whether the M. W. I. A. could do anything useful in the question of the circumcision of women, for instance, question recently discussed in England.

Dr Balfour replied that this practice, painful and dangerous, a cause sometimes of death and always of great nervous shock, had ceased in India but was still common in many parts of Africa. She favoured the abolition of the custom but insisted on the importance of proceeding with caution before declaring illegal certain native practices, which are generally absolute religious prescriptions, and cited the case of numerous women who, forbidden by law to continue the practices ordained by their beliefs, found themselves ostracised by their tribes with nothing left but to become prostitutes. Other customs form part of the moral code of the native and if they are abolished too rapidly he loses the notion *of right and wrong and the result is the opposite of that looked for. Considering the question of femal e circumcision she advised a survey of the matter in the different countries with a view primarily of learning the wishes of the women themselves in the matter.*

Mme Requin (France) thought that this subject might be one for the study of the Standing Committee proposed.

Dr Ramsay (Great Britain) stated that the Executive Committee of the British Federation of Medical Women had to consider this question at the request of one of the women members of Parliament. After careful discussion the Committee tendered a proposal to the British Government recommending the abolition of this custom but that the methods of its suppression should be left to the Colonial Office so that by appropriate propaganda its gradual disappearance might be obtained.

She thanked Dr Balfour for her excellent report which threw light on the work already accomplished and that remaining to be done and felt that it must have opened the eyes of more than one medical woman.

Speaking of maternal morbidity Dr Ramsay considered that each country should instruct its medical women as to the best methods of prevention, and that the Standing Committee recommended could only work efficaciously by means of a sub-committee of specially appointed correspondents responsible for special inves-

tigations, their work being subsequently co-related by the Committee of the M. W. I. A.

Dr Balfour defined further her idea of this Committee which would not only examine the question of maternal morbidity and mortality but would deal with every phase of the exotic problem. She advised post-graduate courses for medical women intending to work in exotic countries so that they might learn the particular conditions that they would find there, the special diseases that they would have to contend with, etc. Naturally these courses would be different in different countries but recommended, if possible, a common standard which could be communicated to the various governments, Medical Schools and so on.

Dame Louise Mc Ilroy (Great Britain) seconded this proposal.

Dr Balfour gave further details concerning the proposed Standing Committee. She saw it composed of qualified members in Europe with corresponding members in the colonies who would provide them with information which would be centralised in the International headquarters, and recalled the valuable service rendered by a committee of this kind against plague.

Dr Bauer (Austria) asked one of her Austrian colleagues to give the assembly certain information regarding the consulting committees for maternity, committees which only exist, it would appear, in their particular form in Austria.

Dr Teleky (Austria) explained that in these committees worked medical women and visiting nurses, that women came to them from the commencement of pregnancy and that after delivery they continued to frequent them with their children until the age of six. Further the Municipality of Vienna had organised blood examination during pregnancy in order to fight against venereal disease. Thanks to these committees, maternal and infant mortality had greatly diminished, since the war.

Dr Balfour referred to the remarks made earlier by Dr Pennell, and considered the case of medical women having inferior diplomas to those required in Europe, and stated that these women rendered valuable service as assistants in hospitals and villages and for the performance of minor operations. She agreed with Dr Pennell that it would be better to insist on the same requirements for all, but as a high standard necessitates also a very good education she wondered whether the standards of education were as yet high enough in exotic countries for it to be possible to dispense with assistants with inferior qualifications ? She pointed out that medical women with very high qualifications often distiked working in isolated villages.

As Dr Pennell, she opposed the practice adopted by certain medical women of entrusting part of their work to nurses, but said it must not be forgotten that it was often a case of dire necessity, and that it was better to do this than let a woman die undelivered, for

instance, if the doctor were retained at her post by hundreds of waiting patients.

She protested strongly, however, against the tendency of certain municipalities who are always ready to give to nurses or health visitors work which should be done by doctors, as for instance the direction of a dispensary, for the sole reason that they are not obliged to give them such high remuneration as to medical women.

She brought the first meeting to a close by saying what great pleasure Dr Dengel's enthousiastic words about her work in India had given her, and that it was women of her sort that were needed in exotic countries where, to succeed well the two requirements were : *personnel* and *personality*.

***

Thursday, September 17th at three o'clock second scientific session under the chairmanship of *Dr Tayler-Jones* (U. S. A.).

Continuation of the discussion on the Role of Medical Women in Exotic Countries.

Dr Balfour stated that she thought the moment had come to form an opinion, now that medical women were employed more and more in the colonies, as to the relative merits of a separate medical service for women or of a common service for doctors of both sexes, and invited her colleagues present to give their views on the subject.

She recalled in this connection the services rendered and the results obtained by the Medical Women's Service in India and pointed out that in the other colonial services where women were admitted in theory, on terms of absolute equality with men, in practice they never attained to the higher posts, which were always given to men, nor to the posts of inspection when there was work to inspect performed by both men and women.

Dr Tayler-Jones insisted on the importance of the problem and begged the assembly not to make any decision which might have far-reaching results without due reflection.

Dr Pennell was in favour of one common service for both sexes, but in which men would be at the head of the sections for men and women those for women, as is the case already in the educational service in India. She felt the moment was not ripe for putting any set scheme before the transitory government in view of the uncertainty of what would be the political evolution. She remarked that were it not for the Mission hospitals which existed almost everywhere the native women of India would be terribly lacking in necessary care.

Dr Benson (Great Britain) related that when the Women's Medical Service was founded in India a certain number of medical women sent a deputation to the wife of the Viceroy to improve the conditions of medical women in India. As a result of this they received a questionnaire from the Central Government from which they gathered that it was not to their interest to sollicit posts in services directed by men, many of whom were army doctors, and that it was quite impossible to expect to obtain posts in any of the army services. They understood that it would be better to form separate services for women. Dr Benson saw another advantage in the creation of such services, wich could be organised on an entirely modern basis without the hindrances of old and obsolete regulations. She quoted as an example the College founded at Delhi where the women's medical service is admirably organised.

Dr Adamson (Great Britain) said she had not any experience of work in India but that she saw an objection to a common service for men and women. She feared that such a service would be likely to be modelled on the lines of the public health service in England where it was becoming customary to entrust to women certain branches considered slightly junior. While agreeing that the ideal would be a unified service where the posts of direction and responsibility would be attributed on merit alone, she felt that the moment for this had not yet come and that therefore a special service for women was more desirable.

Dr Dengel recounted the case of a higher post of inspection of the work in hospitals and missions which was the only post of its kind entrusted to a woman and which, a few years ago had been suppressed by the Indian Government for reasons of economy, and said how helpful this inspection was, being often the only means for the isolated hospitals to be kept in touch with other medical women and with the progress realised in other parts of India, and maintained that had this post been under the control of a medical women's service it would never have been suppressed.

Dr Raemi (Switzerland) regretted the absence of Dr Schnabel, prevented from coming to the Meeting, who had worked for two years at Professor Schweizer's hospital at Lambarene and who insisted on the absolute necessity of sending European medical women there to take care of the native women left entirely without competent treatment.

Dr Van der Made (Dutch East Indies) said that in her country there were not yet enough medical women to make the creation of a separate service for women possible ; there were not more than 40 or 50 medical women counting the government services and those in the missions. She explained that there were special hospitals for women where the government appointed two or three medical women for the obstetrical services and for the training of mid-wives.

Dr Balfour resumed the discussion of the question she had raised by saying that the moment did not yet seem to have come to take sides, that time and a profound study of the subject would point the way to the wisest solution. After all the special women's service in India had only been in existence 16 years and many other colonial services were much younger and she considered the information available so far insufficient. Every body would like to see a common service where women would have exactly the same chances as men, but if, as Dr Adamson feared this were to result in their only being given the junior posts, then it would be far better to reserve for women special services where they would have a chance to show of what they were capable. What was particularly important for medical women was that they should be able to arrive at administrative posts, and Dr Balfour advised the Association to keep the question always in mind so as to be able later to settle the problem with complete understanding of all its aspects.

She then directed the discussion to the final point in her report, namely to decide whether, in the present state of penury of medical women in exotic countries, it were better to scatter those available on many points of the territory, in order to relieve as many sick as possible, or on the contrary to group them together in a small number of centres, each centre to specialise in a certain branch of medical activity ? She cited the instance, common in India and other British possessions, of a single medical woman at the head of a hospital often poorly equipped and with a great number of patients, so that it was almost impossible to do work of a high standard, and she wondered whether it would be preferable for the Government to leave these hospitals to be financed by local bodies and to concentrate on a smaller number of hospitals of greater importance, with from six to eight medical women, modern equipment, X-Ray installation etc. to which the smaller hospitals could send their more complicated cases ?

Dr Van der Made counselled a large central hospital for difficult cases with small local hospitals for ordinary cases.

No other member having asked to speak on this subject *Dr Agnel-Billoud*, in the name of Dr Poli-Garnier (Algiers) spoke of the vast field of action open to medical women in Morocco, of the good work already accomplished, giving excellent results, and of the great amount still to be done, notably in the fight against parasites and against diseases of the eye. She emphasised the need for medical women of high qualification and courage who would not be rebuffed by the difficulty of the situation and the want of cleanliness of the natives.

Dr Thuillier-Landry (France) said that the French Association of Medical Women had intervened on two occasions to secure an increase in the salaries paid to medical women in Algeria, as

these salaries were distinctly inferior to those paid to their male colleagues. She considered that the M. W. I. A. should proclaim the necessity for native women and children to be looked after by medical women, who should receive suitable remuneration in return for the efforts they would be called upon to furnish. She was of the opinion that a proclamation of this sort would help the French Association, and perhaps others in their attempts to improve the conditions of medical women in exotic countries.

She further stated that the French medical women in the Colonies always insisted on the need of forming good native nurses, and proposed that the M. W. I. A. should pass a resolution to this effect, laying stress on the fact that medical service in exotic countries cannot do the good it ought to do without the help of the required nurses.

The assembly adopted these two proposals unanimously.

Dr Kate Mead (U. S. A.) hoped that the M. W. I. A. would continually bombard the various governments with resolutions until they at last decided to take the necessary steps in consequence.

Dr Balfour approved the vote of any resolution likely to improve conditions in the colonies, but recalled the fact that the situation varied greatly in different countries. Regarding nurses, for example, the government in India was aware of the need for sufficient nurses but there their standard and training had to be improved, whereas in certain parts of Africa it was the number which was needed, the standard of their training would come later. She then defined the Standing Committee, the principle of which was adopted. (See text of the Resolutions at the end of the *Bulletin.*)

* * *

Friday, September 18th at 3 o'clock 3rd General Meeting under the chairmanship of *Dr Hoffa* (Germany).

Legal Protection of Women Workers.

Dr Sorrentini (Italy), *Dr Dagny Bang* (Norway) and *Dr Adler Herzmark* (Austria) resumed their reports and their conclusions. (These reports will be found *in extenso* after the accounts of the meeting.)

Dr Hoffa declared the discussion open.

Dr Kruger (Germany) pronounced herself in favour of laws of protection for women, especially regarding night-work and maternity. She said that in certain parts of Germany 40 % of the women workers were married and that in the end they wore themselves out by the accumulated fatigue of night-work, domestic duties and the care of their children. Women could not judge for

themselves at what moment they should leave off their work during pregnancy, afraid to lose a day's pay they would stay on until the last minute and for the same reason would return to their work as soon as possible after delivery. Legal freedom did not alas, imply economical freedom. Dr Kruger spoke particularly of the work of women in weaving and spinning factories, where they are constantly obliged to bend and stretch and cannot rest a moment, their work being regulated by the machines themselves.

Dr Thuillier-Landry asked to be allowed to make the suggestion that the three Rapporteurs should get together before the meeting on the following day to endeavour to come to an agreement on a number of conclusions calculated to obtain the unanimous approval of the assembly. She felt that all the congressists would favour for example a general improvement of the working conditions of men and women, the development of the teaching of hygiene, the liberty for pregnant women to interrupt their work without breach of contract, a sufficient maternity insurance to allow of the necessary rest and an effectual supervision of work in the homes for both men and women etc.

Dr Nilsson (Sweden) thanked Dr Dagny Bang, in the name of her Swedish and Danish colleagues, for her report and said that in Sweden the medical women and women in general had protested against the law of 1909 which prohibited night-work for women. She considered night-work harmful for men and for women, harmful for family life, and recommended shift-work, with the duration of each shift reduced to seven hours and night-work to a strict minimum.

Dr Lollini (Italy) felt it was impossible for the women of Latin countries to judge these matters in the same light as the women of Northern countries, and thought that difference of climate might determine a difference of physiology. The women of Italy, for instance, were incapable of carrying such heavy weights as the women of the North.

She considered that the protection of working women was not an individual question but one which interested the whole race and that through the women it was necessary to protect the child. If women were as well paid as men that would be their best protection. While fighting for equality of women and for their social improvement she nevertheless desired for them reasonable laws of protection in maternity.

Dr Derscheid-Delcour (Belgium) communicated by letter a short study on legal protection by Mrs de Craene van Duuren, who was opposed to laws of protection for women declaring that it was unscientific to declare that the health and well-being of a whole group of individuals could only be assured by submitting them to restrictions and incapacities.

Dr Nechovitch (Jugoslavia) said that in 1922 a law for the

protection of women workers had been voted, that night-work was forbidden for women in almost all parts of Jugoslavia and that all workers were insured. Women received during two months before and two months after child-birth an allocation equal to 75 % of their salary, and their working contract was not broken but that if they worked during that period they received no allocation. Hygiene was taught in the state schools.

Dr Bauer (Austria) was hostile to night-work for women, saying that this work was not generally better paid than day-work ; on the other hand she was not of the opinion that women were more susceptible to industrial poisoning than men, except, however, during pregnancy.

Dr Hoffa ajourned the discussion to the following day.

***

Saturday, September 19th at 9 a. m. 4th General Meeting under the chairmanship of *Dr Thuillier-Landry*.

Continuation of the discussion on Legal Protection of Women Workers.

Dr Thuillier-Landry reminded the assembly that many orators had sent in their names and that therefore the time allotted to each must not exceed five minutes.

Dr Kjellberg (Sweden) replied to the remarks made by Dr Lollini saying that the Latin women did not seem to her different from the Northern women and that the former often carried enormous weights which the latter never did ; to her the only difference was that the women of the North were freer.

She did not want special protective laws for women but general laws for men and women ; it was not the work in the factory, she contended, that tired the woman but the addition of her domestic duties in the evening and that if she were better paid she could afford to have help in the home. Dr Kjellberg did not consider women more susceptible to industrial poisoning than men but admitted that weaklings, whether men or women were naturally more exposed to such poisoning. She concluded by hoping that the medical women would agree to work towards the enforcement of the following resolutions : equal pay for equal work and the classification of workers, from the point of view of protection, into the strong and the weak, not into men and women.

Dr Rosenthal-Deussen (Germany) confirmed her agreement with the conclusions of Dr Sorrentini and Dr Herzmark. She claimed protection of the child through the woman and general measures of protection for both sexes. She noted that much had already been accomplished to eliminate certain poisons from industry but that as fast as some were eliminated others appeared. She

concluded in addressing a vote of thanks to the suffragists who had gained so much for women, and said that women were not inferior to men but different from them.

Dr Reichart (Czecho-Slovakia) would like to see women sufficiently educated to be able to choose freely for themselves the work for which they were fitted. She claimed the same laws for women as for men.

Dr O'Malley (U. S. A.) was of the opinion that :

1° women should be free to work at night if they chose, prohibition being contrary to their rights as a citizen ;

2° each country should decide for itself the protective laws most suited to its individual needs, economically and socially ;

3° legal protection should not be based merely on a question of sex, men as well as women should profit by protective measures when conditions of work were unfavourable or unhealthy ;

4° powerful feminine organisations and the education of women would contribute more than anything else to resolve the problem.

Dr Adamson (Great Britain) regretted that countries as different as Great Britain, Germany, Austria, Japan and the United States had been included in the same report, as the conclusions did not give a faithful picture of the opinion of each country.

She stated that the assertions that women could not do night-work and that their maternal function suffered from too heavy work were not in one single instance supported by medical proof.

Women had always worked, it was only when they reached highly paid positions that the male legislators began to talk of the necessity for protective measures for women. Dr Adamson had worked for 20 years in an industrial community of 500.000 inhabitants, where women remained in the factory after their marriage and she had noted that difficult labour or disabilities after childbirth were the result of improper care during pregnancy and delivery and not in any way the fault of their work.

During the war she had had under her supervision 5.000 women occupied in a munition factory and working alternate weeks by day and by night. All had to undergo medical examination before being enrolled and not one of those women who had been considered fit for difficult work entailing physical strain had showed at the end of it the slightest pelvic displacement, and all who started work fit were also fit at the end of their term of employment. Towards the end of the war Dr Adamson had been allowed, by the British Government to staff a department in an engineering works entirely by pregnant women who wished to remain at work for economic or mental reasons. The only difference she made in the treatment of these women being that at the end of the 16th week of

pregnancy she removed them from night-work and vetoed their employment on a lathe from the time of notification of their pregnancy. These women remained at work until the day of childbirth and were afterwards examined to determine their physical state and there were no cases of still-birth nor had these women suffered any harm from their employment.

In view of these facts Dr Adamson whole-heartedly sided with the medical women from Scandinavia and as a member of the « Open Door » she was opposed to any restrictive legislation for women workers.

Dr Paykull (Sweden) would leave the woman free to decide for herself the work she should take-up ; she was opposed to any special laws for women but would like to see it made possible for women who were not strong to rest for a while at the time of childbirth, with an indemnity. She objected to the premium for breast-feeding over a period of twelve months saying that all medical women were now united in declaring that mixed feeding should begin after the sixth or seventh month.

Dr Balfour said that in India medical women had favoured protection. This country was rapidly becoming an industrial country, 250.000 women worked openly and as many clandestinely and their numbers were increasing every day. She had had occasion to observe maternity conditions in the cotton factories where women did an 8-hour day and then worked 6 hours at home, starting their day at 5 am. and finishing at 10 pm.

She had found that the health of these workers, compared to that of other women of similar condition but who did no outside work was better, that during pregnancy there was less disease, but that on the other hand there were fewer births and the babies born weighed less than those of the other women and that there were a greater number of stillbirths. From this she concluded that work was not bad for the women themselves but that it was perhaps bad sometimes for the children, and suggested that each country should decide the problem for itself, protection being more useful in some than in others.

Dr Gordon (Great Britain) defined the position of he woman worker today in England. She is protected by legislation administered by the Home Office and National Health Insurance and unemployment insurance also improve her conditions and in addition big factories have their own medical services.

The war period she said had everywhere given the women a chance of proving what they were capable of.

Since the war many employers had organised supplementary services known as Industrial Welfare and purely voluntary. The importance of these services depended on the broad-mindedness of the employer, the size and ressources of the firm and the urban or rural distribution of its employees. As an example she described

the working of the welfare service in the large biscuit factory in London where she is employed, comprising two welfare supervisors, a man and a woman, a nurse and a doctor, herself. This service organised canteen arrangements, heating, lighting and ventilation, sports clubs and work guilds, medical examination of all applicants for work, periodic examinations of the young and those exposed to special risk, diagnosis and treatment of minor illnesses and accidents, arrangements for dental and eye treatment and industrial consultations and dispatch to hospital of major accidents.

Dr Zahalkova (Czecho-Slovakia) said that the basis of protection for the mother was health insurance. She would like to see compulsory insurance for all categories of workers, the State contributing to the premiums of the less well-off; she would even see this insurance extended to non-workers. She recommended the creation of Centres where women could find all information concerning their rights, the medical care obtainable for themselves and their children etc.

Dr Ramsay (Great Britain) begged the assembly not to vote any resolution which would tend to increase the laws of protection of women workers already in existence and approved heartily the stand taken by the Scandinavian Associations. Women had succeeded at last in England she said, at the price of enormous effort, in getting the principles recognised of equal pay for equal work, equal possibilities with men and she was in despair to see certain women present occupying positions of importance who could still speak complacently of women's « inferiority complex », that old idea that men, for their personal ends had always inculcated into women's minds. She considered that too much importance was attached to the maternity aspect of the question, that, after all, the years a woman bore children represented at most a quarter of her working life and said that, during the war, when women were paid almost as much as men, their children did not have to suffer because their mothers worked.

She ended by reading to the assembly the Manifesto and Charter for the economic emancipation of the woman worker, published by the Open Door in Berlin in 1929.

Dr Sharp (Great Britain) opposed the vote of any resolutions tending to aggravate the protective laws already existing, as that would go against the aims in view.

Dr Tayler-Jones (U. S. A.) demanded laws of protection identical for men and women, and considered that the means of attaining this end might vary with the different countries.

Dr Blanchier (France) felt that sex should not be the only factor in determining laws and that it was the fragile organism of the child that should be protected through the mother and sub-

mitted to the assembly a resolution which should be voted on at the end of the meeting (see below).

Dr Lubinger (Austria) attached, since 1903 to an Insurance Benefit Association, was in favour of special laws of protection for women, remembering especially the effort they have to furnish in addition to their paid work, in order to fulfill their duties as housewives and as mothers.

Dr Thuillier-Landry stated that all the orators had spoken and that all had had complete liberty for the expression of their views and proposed that the assembly should first of all vote upon the principles contained in the Resolutions drawn-up by the three Rapporteurs in agreement, the exact wording of these resolutions to be arranged by the Officers later. These resolutions, four in number, covered the following points :

1° regular medical examination of workers ;

2° organisation of courses of industrial medicine in the Universities ;

3° inspection of home-work ;

4° application of principle 7 of the Pact of the League of. Nations « equal pay for equal work without distinction of sex ». (see text of resolutions.)

These principles were unanimously adopted.

Dr Thuillier-Landry then read the resolution of Dr Blanchier, claiming that maternity should be taken care of under insurance laws. (See text of resolutions.)

This resolution was adopted unanimously.

Dr Thuillier-Landry referred to the resolution adopted the previous day concerning the creation of a Standing Committee for the improvement of conditions in exotic countries and in the name of the M. W. I. A. requested Dr Balfour and Dr Pennell to assume the direction of this Committee and to choose for themselves their collaborators.

Dr Balfour and *Dr Pennell* having accepted, Dr Thuillier-Landry thanked them and the whole assembly applauded them.

Dr Thuillier-Landry proceeded to read the text of the resolution by Dr Montreuil-Straus (France), on the work of married medical women, proposed the preceding day to the Council and drawn-up by her in collaboration with Miss Martindale and Dr Hoffa. (See text of resolutions.)

This resolution was unanimously adopted.

Finally she spoke of the great pleasure it was to her to express the thanks of all present to Dr Bauer, President of the Austrian Association, who, as well as the perfect organisation of the meeting had also been kind enough to assume all the German translating, to Dr Brucke-Teleky, the working bee of the Congress and to each and everyone of the ladies of the Austrian committee who

had all so kindly contributed to the success and enjoyment of the meeting. She thanked the aimiable and energetic secretary, Miss Napier-Ford, who was applauded by the whole assembly. She invited all members present to the next Congress in 1934 and declared the meeting at an end.

Miss Martindale rose in her turn and in the name of all present, who most warmly approved, expressed the gratitude and the congratulations of the assembly to Dr Thuillier-Landry, President, who had so excellently led the debates and who had made possible the success of the interesting meetings.

VISITES D'HOPITAUX ET RÉCEPTIONS

L'Association autrichienne des Femmes-Médecins avait tout mis en œuvre pour assurer le succès de la Réunion. Les congressistes ont pu admirer les hôpitaux et cliniques de Vienne, les remarquables institutions sociales de la ville ainsi que les beaux établissements de physiothérapie ; citons entre autres la Kinderklinik, de réputation mondiale, l'Allegemeine Krankenhaus (hôpital populaire), le Centre de Triage pour Enfants, les maisons ouvrières, les jardins d'enfants de la Nouvelle Vienne, le Dianabad, etc.

De nombreuses réunions amicales — une charmante soirée d'accueil au Club des Femmes-Médecins de Vienne, un thé au Cercle féminin, un lunch au Dianabad — ont permis aux congressistes d'apprécier le charme proverbial et la cordialité de l'hospitalité viennoise. Les membres français du Bureau ont offert une réception au Grand Hôtel.

Le Président de la République autrichienne a bien voulu recevoir les délégués ; il leur a exprimé son plaisir de les voir choisir Vienne comme lieu de réunion, ses félicitations pour l'œuvre déjà accomplie et ses vœux pour celle qu'inlassablement elles se promettaient de poursuivre.

Des visites accompagnées ont été organisées dans les merveilleux musées dont Vienne peut, à juste titre s'enorgueillir, ainsi qu'au Château de Schönbrunn, au Kobenzl, à Baden et au Semmering, et aussi à la Manufacture de Tabac et à d'autres industries de la ville.

Les remerciements de toutes les congressistes vont à l'Association autrichienne, à sa Présidente Mme Bauer - Jokl à Mme Brücke-Teleky, à Mmes Kaminer, Feldmann, Fischer-Hofman et à toutes les dames du Comité qui se sont dépensées sans compter au service de l'Association internationale.

***

L'Association hongroise des Femme-Médecins avait eu la charmante idée d'inviter tous les membres réunis à Vienne à passer deux jours à Budapest, où un programme très bien combiné leur a permis de goûter en un temps malheureusement trop court, les beautés de la ville et de ses musées, l'intérêt de ses hôpitaux, de ses œuvres sociales et de ses établissements thermaux.

Parmi ces visites nous signalons celles de l'établissement thermal si renommé de Saint-Gellaert, de l'Institut de Pédiatrie où Mme le Dr Revesz a reçu ses visiteuses à déjeuner, du Sanatorium Schabenberg, de l'Asile d'Aliénés, du Parlement, etc.

Uue soirée d'accueil à l'hôtel Ungaria, avec de la musique tzigane, un thé au Cercle des femmes-médecins hongroises où de merveilleux costumes nationaux ont été présentés, un lunch offert par le Comité des établissements thermaux de la ville, ont charmé toutes celles qui ont eu le privilège de faire le voyage à Budapest.

Comme à Vienne, aucun effort, aucune peine n'ont été épargnés pour assurer aux congressistes un séjour instructif autant qu'agréable et l'A. I. F. M. exprime toute sa reconnaissance à l'Association hongroise, à sa Présidente, le Dr Todt, au Dr Vegess-Rege, au Dr Gémessy-Piroska, à Mme Ugron et à toutes les dames du Comité.

VISITS OF THE HOSPITALS AND RECEPTIONS

The Austrian Association of medical women had not left a stone unturned to assure the success of the meeting. The congressists were able to admire the hospitals and clinics of Vienna, the remarkable social institutions of the municipality as well as the fine establishments of physiotherapy ; let us mention among others the Kinderklinik, of world fame, the Allegemeine Krankenhaus (general hospital), the Clearing House for Children, the workmen's dwellings and the kindergartens of « New Vienna », the Diana Baths, etc.

Numerous friendly gatherings — a delightful reception of welcome at the Medical Women's Club of Vienna, a tea party at the Women's Club, a lunch at the Dianabad — gave the congressists ample chance to appreciate the proverbial charm and the cordiality of Viennese hospitality. The French Officers of the Committee gave a reception at the Grand Hotel.

The President of the Austrian Republic kindly received the delegates ; he expressed his pleasure that the M. W. I. A. had chosen Vienna as the seat of the Meeting, his congratulations for the work already accomplished and his wishes for the success of

the work which the Association, untiringly, proposed to carry on.

Conducted visits were organised to the marvellous museums of which Vienna may be justly proud, to the Chateau of Schönbrunn, to the Kobenzl, to Baden and the Semmering, to the Tobacco Factory and other manufactures of the town.

The grateful thanks of all the congressists go to the Austrian Association, to its President Mme Bauer-Jokl, to Mme Brucke-Teleky, to Mme Kaminer, Mme Feldmann, Mme Fischer-Hofman and all the ladies of the Committee who gave unsparingly of their time and their energy in the service of the International Association.

***

The Hungarian Association of medical women had had the charming idea of inviting all members present at Vienna to spend two days in Budapest, where a well-arranged programme made it possible for them to enjoy in all too short a time the beauties of the town and its museums, the interest of its hospitals, its social institutions and its thermal establishments.

Of these visits we would mention specially that of the well-known Baths of St-Gellaert, of the Institute of Pediatrics where Mme Revesz invited her guests to lunch, of the Schabenberg Sanatorium, of the Mental Hospital, of the House of Parliament etc.

A reception of welcome at the Hotel Ungaria, with tzigane music, a tea party at the Medical Women's Club where marvellous national costumes were displayed, a lunch offered by the Committee of the Thermal Establishments of the town, all delighted those who were privileged to undertake the journey to Budapest.

As in Vienna, no efforts, no amount of trouble had been spared to ensure to the congressists a trip as instructive as it was agreeable and the M. W. I. A. wishes to express to the Hungarian Association its heartfelt thanks, to the Hungarian President, Dr Todt, to Dr Vegess-Rege, Dr Gémessy-Piroska, Mme Ugron and all the ladies of the Committee.

BILAN du 1er Mai 1929 au 1er Septembre 1931

Balance-Sheet from May 1 st 1929 to September 1 st 1931

	Mai-Décembre 1929	Janv.-Décembre 1930	Janv.-Septemb. 1931	TOTAL des 2 années ½
Dépenses	Frs	Frs	Frs	Frs
Frais de Secrétariat	499 59	2.448 00	2.387 70	5.335 29
Appointements de la Secrétaire	5.000 00	12.000 00	9.000 00	26.000 00
Local..............		4.500 00	1.500 00	6.000 00
Bulletin, Impression et Expédition......	4.570 00	14.510 20	12.263 30	31.343 50
Frais de banque....		62 17	18 53	80 70
Total des dépenses	10.069 59	33.520 37	25.169.53	68.759 49
Recettes				
En caisse au 1er mai 1929 et au 1er janvier 1930 et 1931	12.353 83	22.486 39	39.743 81	
Cotisations	7.852 65	37.511 00	38.545 35	83.909 00
Majorations et dons .	9.449 50	8.550 00	650 65	18.550 15
Publicité dans le Bulletin	3.000 00	4.400 00	4.777 50	12.177 50
Intérêts en banque..		316 79	97 10	413 89
Total des Recettes ..	32.555 98	73.264 18	83.814 41	115.050 54
Balance	32.555 98 –10.069 59	73.264 18 –33.520 37	83.814 41 –25.169 53	115.050.54 – 68.759.49
Excédent des Recettes	22.486 39	39.743 81	58.644 88	46.291.05 +12.363.83
				58.644.88

RAPPORT DE LA TRÉSORIÈRE

Réunion du Conseil de Vienne 16 Septembre 1931

L'équilibre budgétaire de l'Association internationale n'avait pu être maintenu, pendant quelque temps, que grâce à des dons et à une majoration volontaire des cotisations, supportée pour la plus grande part par l'Association britannique.

Depuis ces deux dernières années, nous avons pu équilibrer notre budget en conservant un excédent de recettes supérieur aux sommes fournies par les dons et majorations volontaires. Aussi, proposons-nous au Conseil de remercier les Associations nationales qui ont bien voulu répondre à l'appel de l'Association internationale à un moment difficile, et de les prévenir qu'il estime n'avoir plus à leur demander cet effort actuellement.

Mais il est désirable pour notre comptabilité que chaque Association nationale *paie régulièrement* sa cotisation à l'Association internationale *au début de chaque nouvelle année*, à raison de 1/2 dollar pour chacun de ses membres ayant payé sa cotisation dans le courant de l'année précédente.

S'il y a dans les Associations nationales des cotisantes en retard, mieux vaut régler pour elles quand elles auront payé, ou ajouter leur part à la cotisation de l'année suivante, plutôt que de surseoir au règlement de la cotisation internationale, laquelle est due, aux termes du règlement, le 1er janvier de chaque année.

Actuellement plusieurs Associations n'ont pas encore réglé leur cotisation de 1930, et certaines n'ont pas répondu à nos appels depuis déjà plusieurs années.

Nous devons signaler qu'il y a une injustice dans le fait que certaines Associations paient régulièrement alors que d'autres ne paient rien. Et dans ces conditions, il devient très difficile de faire le compte exact des membres de l'Association.

Si nous recherchons pourquoi, en dépit de ces circonstances défavorables, la situation financière de l'Association est en progrès, nous constatons que c'est la publication du Bulletin semestriel de l'Association Internationale qui grevait lourdement son budget, lors du précédent quinquennat. Or, le Bulletin de juin 1929 a été remplacé par les Rapports du Congrès, dont les frais d'impression ont été assumés entièrement par l'Association française, ce qui a représenté une économie sérieuse pour l'Association internationale.

En outre, les quatre Bulletins de notre Association, imprimés à Paris depuis 1929 coûtent beaucoup moins cher que ceux publiés

à Londres, d'une part parce que les frais d'impression sont moindres d'autre part parce que la publicité que nous ont confiée certains fabricants de produits pharmaceutiques couvre plus du tiers de nos frais.

Mais il ne faudrait pas conclure des chiffres de notre Bilan à une situation plus brillante qu'elle n'est en réalité ; car désormais, nous ne ferons plus appel à des majorations volontaires, ce qui diminuera sensiblement nos recettes ; par contre, la réunion de ce Conseil entraîne quelques dépenses supplémentaires pour le Secrétariat, et en outre, nous devons prévoir une réserve d'environ 30.000 francs pour faire face aux frais d'organisation du prochain Congrès.

Notre excédent de recettes dépassant les charges que notre Association aura à assumer au cours de ces prochaines années, nous pouvons envisager l'avenir avec confiance.

TREASURER'S REPORT

Vienna Council Meeting. September 16th 1931

For some time the balance of the budget of the M. W. I. A. has only been possible thanks to donations and a voluntary increase in the subscriptions — increase borne for the most part by the British Federation.

For the last 2 years we have been able to maintain a credit balance in excess of the amounts provided by the donations and voluntary subscriptions, and so we propose that the Council should pass a vote of thanks to those National Associations who so kindly responded to the appeal of the International Association at a difficult time and advise them that, for the time being, this additional effort will not be required of them.

But it is highly desirable for our accounts that each National Association should pay the subscription to the M. W. I. A. *regularly at the beginning of each new year* calculated at the rate of half-a-dollar for every paid-up member in the preceding year.

If there are late subscribers in the National Associations it would be better to settle for them when they have paid, or add their share to the following year's subscription rather than postpone payment of the International dues which, according to the Bye-Laws should be paid each year on January 1 st.

At the present time several associations have not yet paid their subscription for 1930 and certain have not replied to our reminders for some years.

We should like to point out that there is an injustice in the fact that some associations pay regularly while others pay nothing at all, and this makes it extremely difficult to calculate the exact number of members belonging to the International Association.

If we seek the reason why, in spite of these unfavourable circumstances the financial situation of the Association has improved, we find that it was the six-monthly publication of the Bulletin of the M. W. I. A. which was a heavy drain on the budget during the last quinquennial period, whereas the Bulletin of June 1929 was replaced by the reports of the Paris Congress. As the cost of printing these reports was borne entirely by the French Association a considerable saving was effected for the International Association. Moreover the 4 Bulletins of our Association published in Paris since 1929 have cost much less than those published in London, partly because the cost of printing is less and partly because the publicity purchased by certain pharmaceutical specialities covers more than a third of our expenses.

But we must not think, from the figures of our balance-sheet, that the situation is more favourable than it really is, for in the future we shall not ask a voluntary increase in the amount of the subscriptions and this will considerably diminish our assets ; the Council Meeting throws certain supplementary expense on the secretariat and we must keep a reserve of about 30.000 francs to meet the expenses of organising the next Congress.

The amount of our credit balance being in excess of the expenditure that the Association will be called upon to meet during the next few years we feel that we may look forward to the future with confidence.

RAPPORT DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Réunion du Conseil de Vienne — 16 Septembre 1931

Depuis le Congrès de Paris d'avril 1929, un premier rapport annuel de la Secrétaire générale a été, en conformité avec les règlements, publié dans le bulletin n° 2 de juin 1930, mais ce rapport n'ayant pu être soumis à l'approbation du Conseil, il nous paraît intéressant pour notre travail futur et la collaboration que vous voudrez bien y apporter par vos suggestions et vos critiques, de vous présenter aujourd'hui un exposé complet de l'activité de l'Association internationale des Femmes-Médecins depuis le Congrès de Paris jusqu'à ce jour.

Pour répondre aux buts fixés par les Statuts de notre Association, le bureau s'est efforcé d'une part, d'accroître le nombre des Associations nationales et des membres individuels affiliés et de resserrer les liens qui unissent entre elles les différentes Associations nationales par l'intermédiaire des Secrétaires nationales Correspondantes, — d'autre part, d'assurer dans la mesure du possible la coopération des femmes-médecins dans les questions qui se rapportent à l'hygiène internationale en engageant une utile collaboration avec les organismes internationaux s'occupant de médecine et d'hygiène sociales.

Développement de l'Association internationale des Femmes-Médecins et répartition de ses Membres.

Le nombre des Associations affiliées à l'A. I. F. M. s'est depuis le Congrès de Paris accru de façon continue.

Le Japon qui n'était représenté que par deux membres individuels a demandé en février 1930 l'affiliation de l'Association japonaise des Femmes-Médecins qui comprend mille membres et a communiqué les Statuts de cette Association.

La Tchéco-Slovaquie, représentée seulement par 1 membre individuel a formé une Association de 60 membres qui s'est affiliée en juin 1930.

L'Uruguay, représenté par 1 membre individuel, a 5 nouvelles adhérentes et annonce qu'une section de femmes-médecins composée de 32 femmes-médecins sur un total de 36 demandera prochainement son affiliation à l'A. I. F. M.

Des Associations de femmes-médecins, outre celle de Victoria précédemment constituée, se sont organisées dans les différents États australiens et vont prochainement former une Fédération.

Trois nouveaux pays : la Hollande, la Russie, les Indes néerlandaises, sont représentés, chacun par un membre individuel.

Nous avons perdu malheureusement contact, malgré tous nos efforts, avec nos deux membres individuels de Turquie et de Chine, mais nous nous sommes mis en rapport avec d'autres femmes-médecins de ces deux pays pour les engager à faire partie de l'A. I. F. M.

Nous sommes de même entrées en correspondance avec des femmes-médecins d'Argentine, Roumanie et Finlande et espérons qu'elles pourront se joindre à nous et former dans leurs pays respectifs des Sections ou Associations affiliées.

La répartition actuelle de nos membres est approximativement la suivante :

Allemagne	600	
Australie	130	+
Autriche	30	
Belgique	60	
Bolivie	1	
Canada	68	
Danemark	50	
Espagne	22	+
Etats-Unis	597	
France	273	
Grande-Bretagne	1.359	
Hongrie	28	
Indes	288	
Indes néerlandaises	1	
Italie	90	+
Japon	1.000	
Mexique	25	+
Norvège	62	
Nouvelle-Zélande	51	
Pays-Bas	1	
Pologne	20	
Russie	1	
Suède	40	+
Suisse	35	
Tchéco-Slovaquie	60	
Uruguay	6	
Yougoslavie	30	+
Total	4.928	

+ Chiffres du Congrès de Paris (1929) le secrétariat n'ayant pas reçu de nouvelle liste depuis cette date.

Relations du Secrétariat général avec les Secrétaires nationales Correspondantes et les Membres de l'Association.

Pour maintenir la communauté d'intérêt des différentes Associations, le Secrétariat général envoie tous les trois ou quatre mois une lettre circulaire aux Secrétaires nationales Correspondantes pour les tenir au courant des documents ou propositions reçus au Bureau international qui peuvent intéresser leur Association.

Il leur a aussi fait part des aimables propositions des femmes médecins allemandes, danoises et hongroises qui offrent l'hospitalité aux collègues de passage, les a prévenues d'un voyage d'études médicales en Egypte et aux Indes, leur a adressé un compte-rendu de la Conférence tenue par l'Open Door International à Berlin, en juin 1929, et leur a communiqué la *Charte de la Mère* et les vœux se rapportant à l'hygiène adoptés par le Conseil international des Femmes, en mai 1931 (ces communications sont en général reproduites dans les publications des Associations nationales).

Le Secrétariat général s'est aussi tenu en rapport constant avec les Secrétaires nationales Correspondantes pour les mettre au courant de l'organisation de la Réunion du Conseil de Vienne et du voyage à Budapest préparé en collaboration avec les Associations autrichiennes et hongroises et leur a soumis les propositions pour l'ordre du jour de la réunion du Conseil en les priant de leur communiquer les leurs.

Le Bulletin de l'Association a paru régulièrement deux fois par an et a publié les comptes-rendus du Congrès de Paris, les nouveaux status et règlements, les rapports annuels des Secrétaires nationales Correspondantes et toute la documentation se rapportant à la réunion du Conseil de Vienne y compris les questionnaires rédigés par les Rapporteurs généraux. Antérieurement à l'envoi du premier bulletin, les 4 rapports scientifiques présentés au Congrès de Paris ont été envoyés à tous les membres n'ayant pas assisté au Congrès.

Coopération des membres dans la préparation des travaux scientifiques devant être discutés à Vienne.

Le Bureau a demandé la collaboration de toutes les Associations d'abord pour le choix des Rapporteurs généraux en les priant de présenter des rapporteurs qualifiés, ensuite pour l'élaboration du travail commun en envoyant individuellement à tous les membres, par la voix du Bulletin, les questionnaires sur le Rôle des Femmes-Médecins dans les pays exotiques et la Protection légale de la Travailleuse. Au 1er mai, dernier délai officiel pour recevoir la documentation demandée par les Rapporteurs, des réponses aux questionnaires avaient été envoyées au Secrétariat international par 45 femmes-médecins spécialisées dans ces questions et résidant

dans 24 pays différents. Ces chiffres n'indiquent qu'une partie de la contribution apportée par nos membres car un grand nombre des réponses ont été envoyées directement aux Rapporteurs généraux.

Collaboration avec les organismes internationaux s'occupant d'hygiène et de médecine sociales.

Le Bureau s'occupe activement de créer une utile et amicale collaboration entre l'A. I. F. M. et les organismes internationaux s'occupant d'hygiène et de médecine sociales.

Il a établi un échange régulier de publications avec la Ligue des Sociétés de Croix-Rouges, l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, l'Union Internationale de Secours aux Enfants, l'Union Internationale contre la Tuberculose, la Société des Nations et le Bureau International du Travail, et en France avec l'Office National d'Hygiène Sociale.

Il met à jour une liste de femmes-médecins présentées par les différentes associations et qualifiées pour représenter l'A. I. F. M dans ces groupements internationaux.

Collaboration avec la Fédération des Femmes diplômées des Universités.

La Fédération des Femmes diplômées des Universités ayant soulevé la question de possibilité d'échange de personnel médical féminin, l'Association internationale des Femmes-Médecins a désigné 3 de ses membres : Mmes les docteurs Thuillier-Landry (France) ; Dagny Bang (Norvège) ; Salzmann (Allemagne), présidente et vice-Présidentes de l'Association internationale des Femmes-Médecins pour étudier cette question avec 3 membres désignés par la Fédération.

Une réunion a été tenue à Paris le 20 octobre 1930 entre les Présidentes et Secrétaires générales des trois Associations internationales, des Femmes diplômées des Universités, des Femmes-Avocats et Magistrats et des Femmes-Médecins en vue d'étudier les moyens pratiques de réaliser une coordination de leur travail lorsque celui-ci se rapporte à des questions intéressant à la fois l'une et l'autre de ces organisations.

Renseignements généraux.

L'Office de renseignement a fonctionné de façon satisfaisante et a pu venir en aide à plusieurs femmes-médecins désireuses, notamment, de suivre des cours de vacances dans différentes facultés.

Le Bureau a eu a déplorer la démission de sa vice-Présidente Lady Barrett, ancienne Présidente de l'Association internationale des Femmes-Médecins. Lady Barrett ne pouvant, en raison de ses

multiples occupations assister aux réunions du Bureau, à Paris, a préféré se retirer et sur la proposition de la Fédération britannique des Femmes-Médecins, le Bureau a élu pour la remplacer Miss Martindale, ancienne Secrétaire générale de l'Association internationale des Femmes-Médecins, actuellement Présidente de la Fédération britannique.

Miss Martindale, malgré les charges absorbantes de sa vie professionnelle, a pu venir de Londres à Paris plusieurs fois, pour assister personnellement aux réunions du Bureau.

Dr Salzmann a de même pu assister à l'une de ses réunions.

Comme vous le voyez, nous sommes heureuses de constater le développement de notre Association, les relations engagées avec les organismes internationaux s'occupant de médecine et d'hygiène sociales et la bonne entente qui a régné entre tous nos membres pour la préparation des travaux de la réunion de Vienne. Mais le travail accompli ne doit pas nous empêcher de mesurer et de préparer celui qui nous attend.

Dans une Association comme la nôtre où, grâce à l'excellente direction du Bureau qui nous a précédé, nous comptons depuis plusieurs années environ 25 pays affiliés et plus de 3.500 membres, la première question que nous devons nous poser à chaque réunion du Conseil n'est plus « Combien sommes-nous ? » mais « Qu'avons-nous fait — que devons-nous faire ? » Que devons-nous faire pour réaliser un des buts essentiels proposés par nos statuts, c'est-à-dire pour coopérer à l'hygiène internationale et travailler au bonheur de l'humanité ?

Laissez-moi vous dire que dans ce domaine, la Secrétaire générale ne peut être qu'un lien et l'expression d'une volonté commune et que notre champ d'action pourrait être plus vaste et notre influence plus efficace si les Associations affiliées nous apportaient par la voie de leur Secrétaire nationale Correspondante une collaboration plus intime et plus continue, si la correspondance, les échanges de vues, de projets à étudier, de réalisations utiles à faire connaître s'établissaient avec plus de régularité entre notre Bureau central et tous nos membres.

L'A. I. F. M. telle qu'elle existe aujourd'hui représente une force, mais cette force ne deviendra réellement bienfaisante et efficace que par notre mutuelle confiance et notre incessante collaboration.

HONORARY SECRETARY'S REPORT

Vienna — April 16th 1931

Since the Paris Congress in April 1929 the Honorary Secretary, as stipulated in the Bye-Laws, issued her first annual report which was published in bulletin 2 of June 1930, but, as this report could not be submitted to the approval of the Council, we felt it would be interesting for our future work and the share that you will take in it by your suggestions and your criticisms to present to you today a complete picture of the activity of the Medical Women's International Association since the Paris Congress.

In order to fulfill the aims of our Association as set forth in the Constitution, the Officers have endeavoured to increase the number of affiliated National Associations and Individual Members on the one hand, and to strengthen the bonds uniting the various National Associations through the intermediary of the National Corresponding Secretaries, and on the other hand to ensure, as far as possible, the cooperation of medical women in questions of international hygiene by establishing a useful collaboration with international organisations concerned with medical and social hygiene.

Growth of the M. W. I. A. and distribution of its members.

The number of associations affiliated to the M. W. I. A. has increased continuously since the Paris Congress.

Japan, represented only by two individual members, requested in February 1930 the affiliation of the Japanese Association of Medical Women comprising one thousand members, and communicated the Constitution of this association.

Czecho-Slovakia, represented only by one individual member, has formed an Association of 60 members which affiliated in June 1930.

Uruguay, represented by one individual member, has five new members, and announced that a section of medical women composed of 32 members out of a total number of 36 medical women would shortly ask to affiliate.

Associations of medical women have recently been organised in the different states of Australia, besides that of Victoria already existing, and will shortly form a Federation.

Three new countries, Holland, Russia and the Dutch Indies are now represented each by an individual member.

We have unfortunately lost contact, in spite of our efforts, with our two individual members from Turkey and from China, but we have been in touch with other medical women in these two countries, to try and get them to join the M. W. I. A.

We have also corresponded with medical women in the Argentine, in Roumania, and in Finland and hope they may join us and ultimately form Sections or Affiliated Associations in their respective countries.

The present distribution of our members is approximately the following :

Australia	130	+
Austria	30	
Belgium	60	
Bolivia	1	
Canada	68	
Czecho-Slovakia	60	
Denmark	50	
Dutch east Indies	1	
France	273	
Germany	600	
Great Britain	1.359	
Hungary	28	
India	288	
Italy	90	+
Japan	1.000	
Jugoslavia	30	
Mexico	25	+
Netherlands		
New Zealand	51	
Norway	62	
Poland	20	
Russia	1	
Spain	22	
Sweden	40	+
Switzerland	35	
United States	597	
Uruguay	6	
	4.928	

\+ Note : Figures from the Paris Congress (1929), no new list having been received since that date.

Relations between the Central Office and the National Corresponding Secretaries and the Members of the Association.

In order to maintain a current of interest with the different Associations the Central Office has sent out a circular letter every three or four months to the National Corresponding Secretaries to acquaint them with documents or proposals received by the International Association likely to be of interest to their National Associations.

It has also informed them of the kind proposals of the medical women of Germany, Denmark and Hungary who offered hospitality to their colleagues passing through, of medical tours arranged in Egypt and India, has sent them an account of the Conference held by the Open Door International in Berlin in June 1929 and communicated to them the Mother's Charter of Rights and the Resolutions passed by the International Council of Women in May 1930. (These communications are generally reproduced in the publications of the National Associations.)

The Central Office has also kept in constant touch with the National Corresponding Secretaries concerning the organisation of the Vienna Meeting and of the journey to Budapest arranged in collaboration with the Austrian and Hungarian Associations and has submitted to them the proposals for the Agenda of the Council Meeting and invited their suggestions.

The Bulletin of the M. W. I. A. has appeared regularly twice a year and has published the accounts of the Paris Congress, the new Constitution and Bye-Laws, the annual reports of the N. C. S. and all the information concerning the Vienna Meeting including the questionnaires prepared by the Rapporteurs. Prior to the issue of the first Bulletin the four scientific reports presented at the Paris Congress have been sent to all members not able to be present.

Cooperation of members in the preparation of the scientific reports for discussion at Vienna.

The Committee sollicited the collaboration of all the Associations, first for the choice of the Rapporteurs by asking them to submit names of qualified persons, and secondly for the preparation of the work to be done in common by sending to all members individually, through the pages of the Bulletin, the questionnaires on the Role of Medical Women in Exotic Countries and on Legal Protection for Women Workers. By May 1st, latest official date fixed for receiving the documentation asked for by the Rapporteurs, replies to the questionnaires had been sent to the Central Office by 45 medical women, specialised in these subjects, residing in 24 different countries. These figures indicate only a part of the contribution afforded by our members, a large number of replies having been sent direct to the Rapporteurs.

Collaboration with International Organisations of Medical and Social Hygiene.

The Committee has tried actively to create a useful and friendly collaboration betwen the M. W. I. A. and the international associations concerned with medical and social hygiene.

It has instituted a regular exchange of publications with the League of Red Cross Societies, the International Union for the Prevention of Venereal Disease, of Tuberculosis, the International « Save the children » Association, the League of Nations, the International Labour Office, and in France the « Office National d'Hygiène Sociale. »

It is preparing a list of medical women presented by the different associations and qualfied to represent the M. W. I. A. in these international organisations.

Collaboration with the International Federation of University Women.

The International Federation of University Women having raised the question of the possibility of an exchange of feminine medical personnel, the Medical Women's International Association designated there of its members : Drs Thuillier-Landry (France), Dagny-Bang (Norway) and Salzmann (Germany), President and vice-Presidents of the association, to study this question with three members designated by the I. F. U. W.

A meeting was held in Paris on October 20th 1930 between the Presidents and Honorary Secretaries of the three International Associations, the University Women, the Women Jurists, and the Medical Women with a view to studying the practical means of co-ordinating their work when this work covers questions which are of interest to them all.

General Information

The information bureau has functioned satisfactorily and has been able to assist several medical women desirous, particularly, of following post-graduate courses in the various faculties.

The Committee has to record with regret the resignation of its vice-President, Lady Barrett, former president of the M. W. I. A. Lady Barrett being unable, on account of her many occupations, to take part in the Committee meetings preferred to resign. On the recommendation of the British Federation of Medical Women the Committee elected, to replace her, Miss Martindale, former Honorary Secretary of the M. W. I. A. and present President of the British Federation.

Miss Martindale, in spite of the manifold claims of her professional life has managed to come from London to Paris several times to be present at the Committee meetings.

Dr Salzmann has also been able to be present on one occasion.

As you see, we are happy to note the development of our Association, the relationship with international organisations of medical and social hygiene and the perfect understanding which has reigned among all our members for the preparation of the work for the Vienna Meeting. But the work accomplished must not prevent us from realising and preparing for the work that lies ahead of us.

In an Association like ours where, thanks to the excellent management of the Committee which preceded us, we have for some years numbered about 25 affiliated countries and over 3.500 members, the first question which we must ask ourselves at each Council Meeting is no longer « how many are we ? » but « what have we done — what must we do ? » What must we do to fulfill one of the essential aims of our Constitution which is to cooperate in international hygiene and to work together for the well-being of humanity ?

May I remind you that in this domain the Honorary Secretary can only be a link and the expression of a common purpose, and that our field of action would be greater and our influence more telling if the Affiliated Associations would work in more intimate and regular cooperation with us through the medium of their National Corresponding Secretaries, and if the correspondance, the exchange of points of view, of projects to be studied and of advantages gained which it would be helpful to make known could be established with more regularity between our Central Office and all our members.

The M. W. I. A. as it exists today represents a power, but this power will only become really efficacious and beneficial through our mutual confidence and our unceasing collaboration.

REPORT

ON

The Role of Medical Women in Exotic Countries

BY

Dr MARGARET I. BALFOUR C. B. E., M. B.

Former Director of the Women's Medical Service in India
Rapporteur Général (India)

" Exotic countries " is defined as countries outside Europe and the scope of the present report is confined to such countries inhabited or governed by the non-Latin speaking races. A questionnaire addressed to medical women was issued by the Central Office and National Corresponding Secretaries of the International Association of Medical Women and replies have been received from 40 medical women working in India, the Dutch Indies, Persia, Malaya, China, Japan, Egypt, the Soudan, Palestine, Hongkong, Trinidad, East Africa, West Africa, Greenland, Canada and New Zealand. I feel that we owe these medical women very great gratitude for the time and pains they have taken in answering the queries. I have thought it best not to enter their names in the body of the report, but to indicate the sources of my information by numbers which refer to the appendix where their names and countries are given. Some of the medical women have given detailed and vivid pictures of the countries in which they are working and of the conditions of their work, and their papers are such as to rouse keen interest. Sifting and selecting from this mass of information has been no easy task. One medical woman, replying to one of the questions (of which there are 62 in the questionnaire) gives seven sub headings, and remarks, that an essay might be written on each (10) ! A reply from the U.S. Department of Labour says 'I realised at a glance that practically every question it (the questionnaire) contained was one which would require months of research and upon which we have no complete information' (28). I have supplemented the material received by getting information from missionary societies and Government reports. But the length of this paper is limited and I fear it will only be possible to give a superficial summary of the conditions of work in exotic countries and of the problems which confront medical women, leaving out many points of interest and only touching lightly on some important questions.

The subject matter of the questionnaire will best be considered in two parts :

I. — *The special needs which require the presence of medical women in exotic countries and the extent to which these needs are being met.*

II. — *Suggestions for forwarding the work of medical women in exotic countries in order to meet the meeds more fully.*

1. — The special needs are as follows :

1° Habits and customs of the people.
2° Conditions of childbirth.
3° Infant Mortality.
4° Venereal Disease.
5° Miscellaneous.

1° HABITS AND CUSTOMS OF THE PEOPLE

The most urgent of these is the purdah system, which prevails in India, and under which women are kept secluded in their house and are not allowed to shew their face to any man other than a near relative. This means that they may not consult men doctors, or attend hospitals with male patients or staffs. They cannot shew themselves to a male doctor in childbirth and cases have occurred where they preferred to die undelivered rather than do so. Purdah is most common among the Mahommedan population in India and less common among the Hindu population. In many parts of the country Hindu women are quite free of it. It is estimated that out of a population of 120.000.000 women about 30 million keep purdah. But there is no doubt purdah is less than before and that many families, who observed it formerly, do not do so now. Others still observe it, but less strictly ; they will on occasion, consult male doctors, though with restrictions and precautions. The orthodox still keep it strictly. Purdah does not occur so severely in other countries with Mahommedan populations, such as Persia, Egypt and Palestine, but even there, it is the custom for Mahomedan women to be more or less secluded and attendance by their own sex is essential. This preference which women have for attendance by their own sex, quite apart from purdah, especially in matters connected with obstetrics and gynecology, is emphasized in the replies from the great majority of the countries.

From India « the habits and customs of the people of India make it not only advisable but essential to have medical women » (2).

From the Dutch Indies «Their religion does not forbid native women to be treated by male doctors, but I know by my own

experience it is much easier for a medical woman to be admitted than it is for a man. And when the woman is in labour and in danger she will not object to a man's help, but if she is pregnant and *not* in danger, she mostly will *not* consent to go to a male doctor to be examined. (12)

From Persia 'In a Moslem country like Persia men are not allowed to see a woman's face if she is not of their own family. This means that any examination which is needed very seldom takes place... no man can do a gynaecological examination (13)

From China 'Very advisable to have women doctors, because of feelings of modesty on the part of the patient — not absolutely necessary' (17).

From Africa « Native women would never accept treatment from a man were a woman available, as all their manner of life and their reticence leads to this preference » (23).

From Palestine « The seclusion of Moslem women (about 7. 5 per cent of the whole) makes it very advisable to have medical women. Otherwise many of them are out of reach of medical treatment » (27).

From Egypt « The majority of women (both Moslems and Christians) dislike going to men doctors. The majority of men dislike having their women attended by men, especially for matters of gynaecology » (42).

From the Soudan « The hareem customs among the Moslem population makes a woman doctor necessary for all women's work » (43).

From Canada too, regarding the need for medical women « As anywhere else — a geat asset, if women doctors are up to standards and ideals » (15).

A custom which is often commented on, especially as regards India, is early marriage. It is noteworthy that, although ten medical women from India have replied to the questionnaire, none have mentioned early marriage as an important factor in maternal or infant mortality. This does not mean that ear lymarriage does not occur, and that it, as well as early pregnancy, does not sometimes lead to deplorable consequences, but it indicates that it does not bulk largely as a cause of maternal and infant mortality in the general population. The cases occasionally seen are distressing enough to make all medical women champions of the young wives and there is also some evidence that very early pregnancy predisposes to stillbirth and neonatal mortality (38). The following extract from Persia might equally refer to cases seen in India. « Though the marriage ceremony takes place in many cases when the girl is nine years old, and the girl lives in her husband's house, as a rule sexual connection does not follow until after the first menstrual period. But it is a geat mistake to believe that Persian girls mature early' they do not do so at first. Certainly a girl of seventeen may look

as old as an English girl of twentyfive, but that is because she may have had two or three children. The twelve year old child is often a little undeveloped creature, she has left school on her marriage at the age of nine, consequently she is very ignorant. She leads a very sedentary life, does not know how to play games, and it is this kind of child who is brought into hospital, her perineum ripped to her anus, following her first sexual conncection with her husband. She may be literally demented with the shock. Such cases are not rare » (13). Reference to early marriage is also made from Palestine as a cause of infant mortality (27) and from Egypt as a cause of delay in labour (31).

The general habit of life which is so common among the Moslem races is well described in a paper from the Soudan. « The woman of the Northern Soudan is a lady of large dimensions, whose ambitions in life are to be fat and to bear children. She begins life as an adorable brown baby and becomes a slim and attractive, graceful, small girl with beautiful manners. At the age of ten her nerves are first undermined by the horrible custom of circumcision and the tribal marks are cut on her face with a razor. A short time later she becomes *hareem* and is a prisoner within the four walls of the mud compound. She is now being fattened and prepared for marriage, which, with luck, takes place at fifteen or sixteen. From twenty to thirty she is so busy bringing children into the world, that she does not have time to look after those already belonging to her. Soon after thirty she becomes a grandmother and as such she takes over charge of her daughter's children, whom she looks after well, according to her lights. These lights, in most cases, consist of allowing them to feed on dates, native bread, etc. and if convenient, to suck from her own breast. When remonstrated with, she says « What can you expect, we are only cattle. » Not only is there an appalling waste of infant life and health as a result, but also, there is an equally appalling waste of womanhood » (43).

The practice of female circumcision, referred to above, is described in a paper from Nigeria under childbirth. It is also referred to in a paper from Egypt. It is known to be practised in some parts of India, or was formerly. A curious custom which prevails among some tribes in Arabia, is that of sewing up the vulva before puberty, a track being left for the menses. This may cause trouble at the first childbirth.

Other factors met with, which have to be contended with, are described in various papers as ignorance of the people, poverty and malnutrition — a writer from Hongkong reports an enquiry, as a result of which it was found, that a number of people among whom enquiry was made, had a sum equivalent to three shillings and eightpence per head, per month, for all purposes. Similar facts might be given from India and, no doubt, from other countries.

(2) THE CONDITIONS OF CHILDBIRTH

There is a certain uniformity in the replies to the questionnaire on the subject of attendance in labour. With the exception of Canada, New Zealand and Japan, all state that the attendance is mostly by untrained midwives. From the descriptions given, the Indian *dai*, the Dutch Indian *dukun* and the African untrained midwife (and the untrained midwives of other countries) all bear a close family resemblance. In Africa « their only qualification needs to be that of marriage and to be the mother of a child » (23) In Persia « puerperal sepsis is so rife that the women think something has gone wrong if they do not get fever following a confinement. The native midwives of course are at the root of it all, filthy and ignorant » (13). In India (where the *dais* often form a hereditary caste) « unskilled attendance causes death through failure to recognise abnormalities, unnecessary interference in normal cases and lack of asepsis » (2). The description of a delivery case in Nyassaland would probably read for most of the exotic countries we are considering :

« The woman is separated from her family and put into a hut, with the filthiest of rags for clothing and nothing that has any claim to cleanliness is allowed to touch her. Soap and water are unknown quantities. Then she is given no food from the beginning of labour until after delivery, with the result that a prolonged labour results in the mother being doubly exhausted. Naturally this causes much maternal mortality, which would be higher still were it not for the saving qualification that they make no vaginal examination. (unfortunately, that saving qualification is not usually found everywhere. M.I.B.) Any old rag is used to wrap the new born babe in, often with resulting tetanus and septicaemia. When inertia occurs, nothing is done and the woman is then the victim of the consequence of pressure of the head on the parts of the vagina. Many a time, one can tear away the labia like a piece of tissue paper. Intravaginally the results are appalling. If death does not occur from septic absorption and the vagina heals, there is either the most distressing vesico-vaginal fistula or such contraction that the birth of another child is impossible. » (23)

A paper from Sierra Leone says « in the Protectorate women will not go to hospitals as inpatients — for one thing there are no women nurses to look after them. They never have men doctors in their own homes. Confinements take place outside in the « bush », superintended by a relative. If the child is not delivered in a reasonably normal time, the women are beaten and cruelly treated. If there is any abnormality they die, as no doctor, European or African, is asked to help by the relatives of the woman. » (23 b)

Antenatal disease is said to be infrequent in China. One writer says « the women seem very healthy in pregnancy » (16). Another

puts antenatal disease as approximately 2 per cent of the total morbidity, postnatal disease at 3 per cent, intranatal complications at 20 per cent and unskilled attendance at 75 per cent (18). Osteomalacia is mentioned as present in some parts of the country.

In the other countries, excluding Canada, New Zealand and Greenland (which does not give particulars) antenatal disease is said to be more or less common, although some writers consider the evils of unskilled attendance to be greater.

Diseases known in Europe, such as eclampsia and haemorrhage occur. In addition the following are reported *Anaemia* — In India this appears as an acute condition in the latter half of pregnancy, although a similar condition is found, more rarely, in non pregnant women. It differs from the secondary anaemias caused by malaria and ankylostomiasis, and is believed to be connected with nutritional factors. It is at present under observation. It is a large cause of maternal death in India (5) (8) (9) (10). Similar conditions are reported from Malaya (29) Africa (21b) (23) and Hong Kong (39).

Osteomalacia. — This is reported from many parts of India (2) (3), etc. and from China (16) (17), also from Egypt, (42), etc. One case is reported from Tanganyika in East Africa (22). The disease has been investigated both in India and China. Particulars are given of one district in the Kangra Valley where an investigation was made (3). 51 per cent of the people were affected with some degree of rickets or osteomalacia, although they had abundant sunshine. The diet was poor. This disease sometimes leads to severe pelvic contraction and consequent difficulty in labour, stillbirth and maternal death. Owing to the lack of medical aid the women not infrequently die undelivered. It is said they may linger as long as eleven days before death relieves them, the untrained *dais* meanwhile exerting all their powers by kneeling on the abdomen, branding the woman with hot irons, etc., etc. Kashmir, in the North of India is also severely affected by this disease, see the little book « Behind the Purdah » by Dr. Kathleen Vaughan.

In some parts of Persia there is severe pelvic contraction among carpet makers. Little girls are sent at an early age to work in the factories and are required to sit all day in constrained attitudes. It is not stated whether the contraction is a manifestation of rickets, but many Caesarian Sections are done in the Mission Hospitals for women (13) (13 b).

Beri beri is reported from South India (6), Malay (29), the Dutch Indies (11) (12), Japan (25), Hong Kong (39). It occurs usually in the puerperium or during lactation, but sometimes during pregnancy and has serious effects on mother and child. It is perhaps connected with a deficiency of Vitamin B.

Sutika, another puerperal disease, is reported from Bengal, but has not been investigated.

Malaria is a serious complication of pregnancy and labour in India, Persia, China, Africa and the West Indies. This is especially emphasized in papers from West and East Africa (23 b) (23). The former writer says that 85 per cent of the children suffer from enlarged spleen, and malaria, often quite untreated, is a large cause of maternal mortality in childbirth and of premature birth.

Circumcision. — The cicatrization which sometimes takes place after this operation is by some said to lead to difficulty in labour. A writer from Kenya says, « the practice, which, in essentials, consists of a cliteridectomy, but which is often accompanied by the removal of part of the labia minora or even labia majora, results in a hard cicatrix surrounding the vaginal orifice..... To our views, of course, it is a stupid and mutilating custom, but to them it is an integral part of their tribal laws... Circumcision of females to them is as important as ritual circumcision of the male to the orthodox Jew. Any attempt to prohibit such a practice by law or force would make the fanatic more fanatical, whereas education would probably, after two or three generations, lead to its abandonment. Apart from this, any difficult cases of labour I have seen were emphatically not the result of circumcision. » (40)

Weight carrying.— This together with diet, is referred to by a writer from Africa as causing pelvic contraction, the promontory being forced downwards, owing to heavy weights carried on the head by young girls. (40).

Other maternal diseases mentioned as contributing to maternal mortality in different countries are gonorrhoea, syphilis, tuberculosis, pellagra, ankylostomiasis, bilharzia and tetanus. Puerperal sepsis is nearly always mentioned as very common.

The above extracts and remarks make a black picture of maternity, but the following shews another aspect.

« In the North West Frontier Province (India) the Moslem tribeswomen have hitherto led a nomadic life, or at all events, a very healthy, out of door, open air, life, of work and movement; and one finds very little difficulty of labour among them. It is usual for them to have their children born even when on the march and the whole process is over in a short time, the woman squatting for it. She cuts the cord on a stone and ties the end with a thread from her chader, waits for the afterbirth to appear, buries this and resumes her march. Sometimes she may ride on one of her husband's camels for an hour or two ». (2)

The evidence of other writers shews that in India, Malay, and probably in other exotic countries, labour, uncomplicated, is easy and quick. Investigations in India and China have shewn

that the maternal pelvis is smaller than in European countries, but so is the foetal skull. When there is no antenatal disease, the rapidity of the labour saves the mother from many of the consequences due to environment and unskilled attendance.

As regards statistics for maternal mortality, few countries have been able to give them. Where illiteracy prevails, vital statistics must be doubtful. In parts of India and elsewhere, special efforts have been made to find the incidence of maternal mortality and the following shew some figures probably substantially correct.

New Zealand	4.8	per 1.000 live births	1929-30
Canada	5.7	— — — —	1926-29
Bombay	8.1	— — — —	1929
Calcutta	38.0	— — — —	1926
Madras	13.0	— — — —	1929
Murshidabad Dist enquiry	12.0	— — — —	1918-23
Malaya (Singapore)	7.8	— — — —	1928
Trinidad	9.26	— — — —	1923-25

In all the countries under discussion, the first task of the earlier medical women was to organise some kind of nursing service. In this they sometimes had the assistance of European nursng sisters. Later, Governments came forward to assist, especially in the work of training midwives. There are now, therefore, in all these countries, especially in the older ones, a number of nurses and midwives belonging to the country, with a greater or less amount of education and training, but all very superior to the indigenous, untrained midwives.

But the poverty of most of the people makes it difficult for them to employ educated midwives, even if they were enlightened enough to see the advantages, which, in most cases, they are not. Moreover, in these vast areas of country, where educated and enlightened people are few, or altogether lacking, it is not safe to send young women to work alone in villages. Apart from that, in most of these countries women are in a minority, so there is no class of unmarried women who can make work their first objective. For these reasons medical women, in dealing with people outside hospitals, must make all possible use of married women and must even avail themselves of the services of the untrained midwives. In India many efforts have been made to train these women and the concensus of opinion is that improvement can be effected, if it is to be in any way permanent, their work must be kept under supervision. A trained midwife can watch and check the work of a good number of *dais*, and such midwives should themselves be supervised by medical women. To make such schemes really effective, compulsion must be used and legislation must be intro-

duced, requiring the registration of all practising midwives and prescribing penalties for neglect of rules. (2) (8) (10). Madras has passed an Act of the kind, regulating the training and practice of midwives (6) (10). A similar Act is at present pending before the Punjab Legislative Council (3) and one is under consideration by the Government of Bombay.

In China, it is stated, a comprehensive scheme for the regulation of midwives' practice is shortly to be carried out (16) (33). A training school for midwives was opened by the Central Chinese Government at Peking in 1929. This is under the charge of two Chinese medical women, assisted by a Chinese nurse who has the English C.M.B. diploma. Three courses of training are given (1) a two years course for those who have passed from the High Schools, (2) a six months course for those who have passed from the Primary Schools, (3) a two months course for the practising untrained midwives. All are taught to conduct cases in the attached maternity hospital, as well as outside, and the untrained midwives are allowed to practice under the supervision of a trained midwife supervisor. They are required to buy a specified outfit. A Midwives Act has been passed, so that compulsion is used to get the untrained midwives to attend and to follow the rules laid down. It is the intention to open four other Central Schools in large towns in addition to 21 Provincial Schools, one for each Province of China and to train during the next 50 years 100,000 midwives. (33)

In British Africa the training of midwives is carried out, as is usually the case in India too, in scattered areas, in existing maternity wards and hospitals. Some Provinces of British Africa have passed Acts regulating training and practice of midwives and others have it under consideration (30).

In Malaya such an Act is in force, applied to the 3 chief towns of the Straits Settlements (29).

In the Dutch Indies the training of midwives is regulated by Government, but not their after-practice. Special training schools for midwives are carried on, under the charge of medical women (12).

In Hong-Kong legislation has been passed, but it is not possible to enforce it for the whole colony (39).

A writer from India says « it is doubtful whether legislation can be successful until public opinion on the subject is stronger » (10). This is a very true remark and several of the writers, who describe legislation as having been passed in their countries, remark, that it is as yet only applied to certain localities, or, that it is not yet fully enforced. (29) (39) (40) (41).

Missions, charitable organisations and Governments have opened maternity wards and hospitals which in some parts of these countries are well attended — in others few, except abnormal cases, enter.

This question of maternal mortality is one of grave importance and means an enormous wastage of life. In India alone there are approximately 8.000.000 births annually, and if we take the maternal mortality, as shewn in the Murshidabad investigation, at 12 per 1.000 births, the maternal deaths work out at over 100.000 annually.

(3) INFANT MORTALITY

The rate of infant mortality is not so difficult to ascertain as that of maternal mortality, but even so, those who have attempted to supply the information, do it with an element of doubt. In some of the countries, laws have been passed requiring the registration of births, and Local Bodies are empowered to adopt these laws or not as they see fit. Even where such laws are adopted, they are not always enforced by penalties. In certain of the large towns of India great efforts are made to get correct vital statistics, and a special staff is kept who pay house to house visits and so collect the information. In Singapore, a birth registration certificate is required for admittance to school and this has been successful in greatly improving the registration. In Tanganyika (E. Africa) efforts are being made to get correct vital statistics by keeping one area under close observation. Balls of coloured string, each representing a different class and age, are issued to the headmen of villages, the people file before them and a knot is made on the correct string for each person (30). This gives an idea of some of the difficulties of getting information, where the people are illiterate and the Government is short of funds.

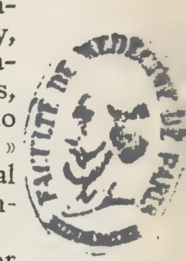
The fact which tends most to vitiate statistics on infant mortality in such countries is, that it is easier for an infant birth to escape notice than for an infant death to do so — hence deaths are recorded and births are not, and the resulting rate of infant mortality is too high. As vital statistics tend to become more correct, the infant mortality rate apparently falls.

The following rates are either obtained from the replies to the questionnaire, or from the Public Health Reports of the countries in question.

New Zealand	34	per	1.000	births	1929
Canada	94	—	—	—	1927
India	172	—	—	—	1928
Malaya (F.M.S.)	177	—	—	—	1929
West Africa Lagos	134	—	—	—	1926
Freetown	364	—	—	—	1926
East Africa Kohama (Tang.)	258	—	—	—	1929
Palestine	186	—	—	—	1928
Japan	140	—	—	—	1929
Trinidad	325	—	—	—	1930

In most of the countries the infant mortality during the first month is estimated as one third to one half of the mortality for the first year.

Where statistics are so unreliable and medical certification of death is lacking, except in a few cases, it is not possible to get much definite information as to causes, but nearly every paper expresses the opinion that infant mortality is high. Different writers mention as causes, difficult childbirth, ignorance of mothers, prematurity. Tetanus is given as a cause in China, parts of Africa and parts of India, beri beri in Malay, the Dutch Indies, parts of India, parts of Africa and Hongkong. Malaria is referred to, especially in Africa. Of the Gold Coast it is said « malaria-indirectly - is probably the great cause of infant mortality, because of the very severe anaemia which accompanies it in babies » (21 b). Of Sierra Leone it is said « the cause of deaths, either directly or indirectly, in the majority of cases appeared to be malaria... 85 per cent of school children had enlarged spleen » (23 b). The importance of premature birth as a cause of neonatal death is put forward and the suggestion made that it may be concerned with a nutritional factor (38).



The movement known as Maternity and Child Welfare for the prevention of disease in mothers and children has only opened out in exotic countries during the past 15 or 20 years. In some cases it began by the efforts of medical women in connection with their hospitals, while in other cases it was commenced by lay workers.

In India, after a number of scattered beginnings, a School for training Health Visitors was opened by a voluntary Association in Delhi in 1918. There are now 7 such Schools in different parts of India and many Indian and Anglo-Indian Health Visitors are in charge of centres in different parts of the country, although the number is small compared to the population. There is a difficulty in getting the people and sometimes the employers to realise that prevention is the object of the movement and that treatment should form no part, except in special clinics under qualified men or women. Otherwise the centres tend to become inferior dispensaries and there is a danger that Governments and Local Bodies may employ Health Visitors for medical work because they are cheaper than medical women. The work is largely carried on by lay organisations with occasional grants in aid from Governments or Local Bodies. The Association of Medical Women in India has, for some time, been trying to secure that a medical woman should be appointed as Assistant Director of Public Health in each Province, to organise and co-ordinate Child Welfare work. This has recently been carried out in the Madras Presidency. In the United Provinces a medical woman holds a somewhat similar position. In the Punjab a trained and educated Health Visitor is in charge of

the Government School for Health Visitors. She also travels through the Province inspecting and reporting on the work of the passed Health Visitors who are working in centres assisted by Government. The Punjab Government gives generous financial aid to Local Bodies which undertake this work. With the exception of these three Provinces, however, no women are appointed by Government to direct Child Welfare activities. Two of the most important All India voluntary Associations for Child Welfare, the Lady Chelmsford All India League and the Indian Red Cross Society have recently agreed to join forces and to form a joint Bureau of Maternity and Child Welfare under the control of an experienced medical woman. Her authority will, of course, only extend to the work assisted by the two organisations, but it is hoped her influence will be great.

In China, Child Welfare work is being carried on in connection with some missions and also by Government and some Local Bodies. There are 2 Child Welfare centres in Peking — one in connection with the Union Medical College, the other under the Municipal ty and run by the medical women of the Midwives School already described. Both are very successful (33).

In Malay and in Africa, Child Welfare work is carried on both by Missions and by Government.

In Palestine, the work was begun after the war by Jewish organisations and other communities, seeing the good results, followed suit. Government now also carries on centres, but employs no medical women. It has been urged to appoint a medical woman especially for the supervision of newly trained midwives, but so far has not done so (27).

In Egypt, Infant Welfare work is carried on by Government as well as by Missions (31).

In Trinidad, it is carried on by Government, and charitable organisations (41), in Hongkong chiefly by charitable organisations, but Government is said to be maturing plans for its furtherance.

In the Dutch Indies, Persia and Greenland, infant welfare has not yet developed to any extent.

Although, as has been shewn, infant mortality rates are believed to be high in all these countries (leaving out of consideration New Zealand and Canada), no general investigations have been made by their Governments to throw light on the causes. Exceptions to this, to some extent, were the investigations at Murshidabad in Bengal and at Kahama in Tanganyika, where definite areas were or are being kept under special observation. These investigations, however, were not undertaken specially to throw light on infant mortality (though they may do so), but rather, to verify vital statistics. No medical women were, or are, employed in connection with them. Other enquiries of that nature would be of great value and would lead to better results for money spent

on Maternity and Child Welfare. But, as so much of the infant mortality is due to domestic conditions and to pregnancy diseases, it would be far better if medical women were employed to make the observations. A small enquiry of this nature has been undertaken in the Punjab during the coming year by Mrs. Curjel Wilson, M. D. A rural area and an urban area will be kept under close observation for a definite period, all cases of infantile disease noted and the causes of death, as far as possible, investigated.

Mention should be made here of the « Save the Children International Union » which in June last held a Conference at Geneva on the welfare of African children. More detailed information on infant mortality in Africa can be obtained from the papers read there, which are shortly to be published.

(4) VENEREAL DISEASE

It is always difficult to estimate the incidence of venereal disease in a community and it is more so in these exotic countries, where facilities for treatment are few. Some writers refer to the recently published report on stillbirth in India by Dr. Christine Thomson (5) (10). This gives the positive rate of a large series of women in a Madras Maternity Hospital, where the blood was tested by Wasserman's method, as 12.5 per cent in comparison with 9 per cent in a similar series in Glasgow (Scotland). The pathological examination of stillborn foetuses shewed 18.5 per cent « certain » or « probable » syphilis as compared with figures ranging from 9.5 to 17.5 per cent from England. It is to be expected, however, that in India and the other exotic countries with which we are dealing, venereal disease would be greater in seaport towns like Madras and less in village areas. Also, that it would be greater in some tribes and communities than in others. Most of the replies to the questionnaire pass over the question of incidence without reply, but the following extracts shew that in some cases it is a serious problem.

From India « I still remember a very sad episode this spring, when we had to send a bunch of 14-16 women and children back to their village in Swat because we could not afford to give them more than two salvarsan injections each, with the other routine treatment, as they could only pay two rupees per head for the grown ups for treatment, stay and all..... most of them had secondary, very painful eruptions in their throats and some were tertiary. A young woman was pregnant in the 6 th month..... They told me that many people in their village suffered from this disease » (35)

From Egypt « I know of one or two villages where practically every inhabitant shews signs of specific disease and nothing is being done (31)

From Persia « Most women have had either syphilis or gonorrhoea, the rarity being to find a man who has not had some form of venereal disease at one time or other. There is no reliable evidence of the rate of incidence among women and children. The Zoroastrian Moslem villager and tribespeople are the cleanest living people in Persia and one does not meet with so much venereal disease among them as among the Moslem town dwellers. » (13)

From West Africa « Many consider syphilis to be of major importance (in causing antenatal deaths) » (32)

« In two of the three native locations round Nairobi are numbers of detribalised women — their one resource lies in prostitution. In the reserves, of which I have no practical experience, the incidence of V.D. varies with each tribe. (40).

Those who have replied about venereal disease agree that in all countries there are very few facilities for the treatment of women — that is, very few clinics under medical women. Such are found in Canada and New Zealand, a very few in India, at least one in Singapore, some in Africa, one in Trinidad. Noothers are reported.

Medical women in Mission and other hospitals have in many cases taken special courses of instruction in modern methods of treatment for venereal disease and are competent to carry it out, but are much hampered by the cost of the drugs, their patients being, as a rule, too poor to contribute (35) (37). One instance is related where adequate grants are received from Government (5) and one where a small grant was received from the Red Cross (35) But most of these non-official medical women receive no encouragement to treat venereal disease or to assist with propaganda. The high cost of the drugs is increased in some countries by a heavy rate of duty.

(5) MISCELLANEOUS NEEDS

Under this heading comes research, especially in connection with childbirth and infant mortality, also in connection with women's industries. There is also medical inspection of schoolchildren, employment in connection with jails and mental hospitals and administration.

In New Zealand some research has been carried on by medical women working under the Health Department — « A survey of the menstrual function of Training College students and senior High School girls » by Dr Grace Stevenson, « Postural deformities of New Zealand School Children » by Dr. Mary Champtaloup. There has also been a recent enquiry into Stillbirth and Neo-natal death by Dr. C. N. Hector.

In Canada it is stated there are opportunities for women undertaking research « to some extent ». A report on Maternal Mortality in Childbirth was published some years ago by Dr. Helen MacMurchy.

In India women are employed as temporary workers by the Indian Research Fund Association, but not on a permanent footing as is the case with men. Funds were also made available by Lady Irwin, the wife of the late Viceroy. Research has been done on anaemia of pregnancy by Dr. Lucy Wills and others, on osteomalacia by Dr. Curjel Wilson, Dr. Lucy Wills, and Dr. Grace Stapleton, on early infant mortality and maternity conditions of industrial workers by Dr. Margaret Balfour and on Stillbirth and Neo-natal death by Dr. Christine Thomson. An account of the last has been published as a special report and the progress of the others have been given by articles in the Indian and British medical press during the past five years.

Reference has already been made to the « Save the children International Union » and its recent conference. A report on Infant Mortality in West Africa was read by Mrs. Blacklock, M. D., and has been printed.

No further research has been reported in the answers to the questionnaire although, no doubt, articles by medical women appear from time to time in the Journals of the different countries.

India is rapidly becoming an industrial country and women are being employed in increasing numbers in China, Africa, Malay and Japan. In 1922-23 an enquiry was made into the conditions of the jute and cotton industries, so far as women were concerned, by two medical women in India, who were loaned, for the purpose, by the Women's Medical Service. At the present time two medical women are employed in connection with factories in India, one with the status of factory inspector in Bombay, the other in connection with welfare work in Nagpur. There are also some welfare centres in factories under Health Visitors (although very few). In Bombay two non-medical women investigators are employed in a subordinate capacity to collect data regarding the family life, etc. of workers. Considering that India employs something like 250.000 women in factories alone, this is an almost negligeable provision.

Medical women are employed in school inspection in India, China, Malay, parts of Africa, the Dutch Indies, Hongkong and Trinidad, but it is stated, not to anything like an adequate extent. School inspection is often begun by missionary societies in connection with their schools and afterwards introduced by Government and Local Bodies.

No employment of medical women in connection with jails is reported from any country. One is reported to be employed in the Mental Hospital, Lahore (3).

One of the most important questions affecting women's medical work is that of organisation or administration. The heads of all Governments are men, their Councils are composed of men and the heads of the medical departments are men. They have little

opportunity of getting to know the habits and customs of the women of a country and little experience of the best way to improve them. It is sometimes difficult for medical women working in the less important posts of a service to represent their needs and especially to press for some important change, which they are aware will greatly improve their results. If they give trouble and especially if they fight for anything they feel strongly about, a black mark is apt to be put against their names. It is therefore of great importance that women, and especially medical women, should be associated with the Governments of all countries, either to advise upon, or to organise, medical and preventive work among women and children.

At the present time, in Canada, a medical woman is Chief of the Division of Child Welfare. In India a medical woman administers the Women's Medical Service. Other women sit on its Governing Body, but there is no woman connected with the Medical or Public Health Department of the Government of India or attached to the India Office in London. A medical woman holds the position of Superintendent of Medical Aid to Women in the United Provinces and another is Assistant Director of Public Health in Madras — otherwise no medical women are attached to any of the Provincial Governments in India. In one of the large Indian States a medical woman was, some years ago, appointed Principal Medical Officer, to inspect and administer all medical institutions in the State. She was not relieved of her other duties and the work proved too much, so the Department is now administered by a Committee of three, of which she is one. Quite recently a medical woman has been appointed a member of the Colonial Advisory Medical and Sanitary Committee of the British Colonial Office in London. In the Dutch Indies a woman has been appointed Vice Director of the Pasteur Institute.

With these exceptions, no women are reported as holding posts which would give then opportunity for organising work among women and children and remedying abuses which are sometimes apparent.

It will be well here to epitomise the replies given to the last question — « Has the presence of medical women facilitated the creation of new services well received by the population (hospitals for women and children, maternity hospitals, dispensaries and consultations for women and children) ? Do you consider that the activity of medical women has improved the hygiene of the woman and child ? Can you furnish proof of this by statistics or otherwise ? »

The answer to the first of these questions is nearly always a simple affirmative. One or two reply more fully — « Yes, the expansion of these services has been almost entirely due to the presence of medical women in India » (10).

« I consider that the presence of women medicals in this country has undoubtedly saved the lives of numbers of women and children and by all thinking Persians this is generally acknowledged and appreciated » (13).

The answer to the second question, when given, was usually in the affirmative, but with a rider that no statistics were available. There is only one dissentient who thinks that medical women in India have had so much work in hospital that hygiene is considered a side issue. Also, that they have no assistance in the school or the home. When teaching in hygiene is given in the schools, the pupils going home find the conditions so bad, the majority do not attempt to be hygienic (5).

In contrast to this — « The improvement in hygiene is at self-evident fact. Adequate proof is not easy to supply, but infant mortality decreases where there are proper Child Welfare schemes, e.g., in Madras, the infant mortality rate for the whole city was 256.6, while that of children under the care of the Child Welfare scheme was 171.6 in 1929 » (10).

From the Dutch Indies — « I am convinced that the activity of medical women has improved the hygiene of the native woman and her child, also when they give teaching to native girls. I cannot furnish proof of this by statistics, but..... I could tell you a great deal about my experiences in this matter » (12).

From Canada — « Statistics ? How could one ? Still it is true, They (medical women) go more into detail of cause and effect. care more for the individual child. As school inspectors and clinic heads they put everything possible into salvaging the child brought to their notice » (15).

From Africa, where much of the medical work has started recently, one reply says « Too soon to judge yet » (21). Another says « After 5 years, the result of the work has been that personal hygiene is taught in all elementary schools. Teachers attend classes on hygiene and all school children must pass an examination in hygiene. The general superficial hygiene of the children has improved, e.g. there is less chigger flea infection — more cleanliness of the body — an active interest in exterminating mosquitoes. Apart from this, the diseases from which the children suffer remain unaltered as they were not treated until 1930 » (23 b).

From Nyassaland — « The women who work there, find that their work increases very quickly and more and more women are coming to be treated, especially in V.D. and maternity. There is every evidence too, that these poor women are beginning to apply the knowledge that is taught them and we look forward to a much reduced maternity and infant mortality deathrate. (23)

We now come to the question — how is the need for medical women being met ?

In Canada and New Zealand the conditions are practically

those of Europe. Education is universal, the population are mostly Christian in religion and medical women engage in private practice, while a few hold Government appointments and are treated on similar terms with men.

In all the other countries, except Greenland, medical women are working in connection with Christian missions. There are 229 such women with degrees or diplomas of the British Empire, of whom 155 are working in India, and there are others, though fewer in number, holding degrees and diplomas of other nations. Those who have replied to the questionnaire say, the conditions of their work are satisfactory, in so far as they are treated equally favourably as their male colleagues and have freedom to organise and develope their own work, so far as funds permit. They speak of the great interest of the work and of the urgent necessity for more workers if the needs of the women and children are to be met at all adequately. In India they are usually in charge of, or attached to, separate women's hospitals with a staff of women nurses. In China, Persia and Africa the hospitals are usually mixed and the medical woman is in charge of the women's wards.

With reference to Government service, in West and East Africa and Malay, medical women are employed on the same terms as men, at least at the beginning of their service. In West Africa 16 women are employed, mostly on Maternity and Child Welfare work, in East Africa 5 and in Malay 19, some being engaged in Maternity and Child Welfare and some in taking charge of the women's wards in general hospitals. After a few years service promotion is made by selection, not by seniority, and up to the present, only men, and not women, have been so selected. The tendency, so far, is for the women to be left in the lower grades where the work is less responsible — major surgery, for instance, is done by the senior surgeon and the large general hospitals will be under male superintendants. It must be remembered, however, that it is only of recent years that women have been admitted to these Colonial Services and that few have served long enough for promotion to the senior grades. (21) (21 b) (23 b).

In India, women are not admitted to the Government service (Indian Medical Service), but a grant of Rs 3.700.000 is paid annually by the Government of India to the Countess of Dufferin's Fund for the carrying on of a Women's Medical Service. This consists of 47 medical women and is administered by a medical woman Chief Medical Oficer, selected at intervals from the ranks of the service. The members of the service are appointed to the charge of separate women's hospitals in different parts of India and also staff a medical college for women students and part of a medical school for women sub-assistant surgeons. The pay is less than that of the men's service, especially in the senior grades. There is no pension, but a Provident Fund. The higher posts are

all filled from the ranks of the service and there is plenty of opportunity for obstetric and surgical work. During 1930, 1410 abdominal operations were performed by the medical women of this service (2) (3) (5) (8) (34).

In addition to those in the Women's Medical Service, a few medical women are employed by Provincial Governments, usually to take subcharge of the women's wards in general hospitals. These are often of the grade of sub-assistant surgeon (3). In Madras it is stated that the rates of pay and provision for pension are the same as for the men, but the senior posts, which carry the higher pay, are very seldom accorded to women (5).

In the Dutch Indies, women are appointed to the Government medical service on the same terms as men. They take charge of the women's wards in the general hospitals or of Schools for training midwives. They are not as a rule appointed to the higher posts, but there is no fundamental restriction (12).

In Greenland, a medical service is provided by the Danish Government and women are admitted to this on the same terms as men. Since 1908, 5 medical women have been employed at one time or another. The work is partly done in hospitals for men and women and partly by travelling round the coast by boat, carrying medicines. Midwives are also trained (24).

In Persia, there are no women in Government medical service, nor are any Persian women yet available for medical education.

In China, some medical women are employed by Government on the same terms as men, especially for the training of midwives (33).

In Egypt, a few medical women are employed by Government, chiefly in school inspection (42).

In Palestine, there are, so far, no medical women in Government employment.

A fair number of Indian, Chinese and Japanese women study and practise medicine. In the Dutch Indies the first indigenous medical woman passed out of the Batavia College a few years ago. Some have passed from the Singapore Medical College. One or two Egyptian medical women have qualified in England — since the last two years women have been admitted to the Medical School in connection with Cairo University and now 5 or 6 are studying there (42).

Co-education is the rule in Canada, New Zealand, the Dutch Indies and Malaya.

In China and India there is co-education in some parts and separate women's schools and colleges in other parts.

In Japan there are separate medical schools for women (25).

In Palestine there is an American Medical College at Beyrout. Women have only recently been admitted and none have, so far, passed out (27).

The following are the dates given when the first medical woman began to work in the different countries.

India.......	1869 first Indian medical woman 1886	
China	1876 — Chinese — — 1913	(Peking)
New Zealand	1896	
Persia	1897	
Dutch Indies	1908	
Greenland ..	1908	
Tanganyika .	1913	
Nyassaland .	1923	
Nigeria.....	1925	
Trinidad ...	1913	
Egypt	1921 about	
The Soudan.	1926	

In the older countries, such as India and China, a fair number of medical women are in private practice, but almost entirely in the larger towns. As a general rule the people are too poor and not sufficiently enlightened to make private practice possible in the villages. This touches on an important question, the crying need for medical women in village areas, but one which is too large to embark on here.

The information shews that in all these exotic countries efforts have been made to provide medical aid by women and that missions, especially, have done inculculable service; but in all these countries there are still immense tracts without medical women and many millions who have no opportunity of consulting their own sex, even if any medical assistance is available for them.

Full opportunity is given in the older countries such as India and China also in Malaya, Japan and the Dutch Indies for the medical education of women. At the Peking Union College, a years intern appointment is given to each student before graduation, (33) and in the Singapore Medical College each has a house post after graduation (29). One of the writers from India speaks of the lack of hospital appointments for young medical women (7).

The countries where education is more backward confine themselves to the training of midwives, nurses and health visitors.

PART II

Suggestions as to how the work and usefulness of medical women can be improved have been made by many writers and are epitomised as follows:

(the figures refer to the names of the writers in the appendix)

(1) *India*

The provision of laboratory technicians.

(2) *India*

The education of the people.

Organised welfare in villages.

Multiplication of training schools for health workers and maternity nurses.

Introduction of rational courses of hygiene into school curricula.

Abolition (gradual, perhaps) of the lower qualification of sub-assistant surgeon.

Persistent, organised efforts to get registration of midwives and doctors.

Improvement in the standard of education of nurses and midwives.

(3) *India*

To employ the personnel of the Women's Medical Service in a few hospitals, completely organised with specialist departments, instead of in the 21 present incompletely staffed and equipped establishments.

(6) *India*

Staffing all women and children's hospitals with qualified medical women; opening more antenatal clinics and infant welfare centres in the country; the representing in the Public Health Department of more women doctors; the improvement of the existing system of school medical inspection; the appointment of women doctors in the executive department of the medical service, who will be responsible for the service conditions of women doctors employed. Medical women are needed in factories, police staff, jail and mental hospitals.

(7) The Women's Medical Service should encourage higher studies and give importance to higher examinations of the Local Universities, as criteria for promotion to the senior service. In the absence of any other highly organised services, the tendency is more and more for women to settle into general practice in a large town. Bombay, for instance, is overcrowded with general practitioners. The services of some of these could be very well utilised by having centres for medico social work in large villages, which will form a nucleus for a group of villages all around. It is only when some such scheme is organised that medical relief to the masses will be brought well within their reach.

(8) *India*

A six months course for women doctors in Preventive Medicine and Welfare work with diploma equal to D.P.H.

Free medicines for treatment of syphilis.

At least two women doctors associated at each centre.

Means for extension of medical work to villages.

Postgraduate courses for women doctors.

(10) *India*

The employment of medical women to direct both curative and preventive work for women in each Province.

This would raise standards, create new developements and is essential for the real advancement of the work.

Greater financial support to improve buildings, perfect equipment, permit of employment of more staff, etc.

Institution of postgraduate courses and the systematising of house surgeons appointments.

Expansion of Child Welfare work, medical inspection of school children, factory inspection and pure research.

Any measure which would increase the literacy of women in India would increase the scope of medical women's work (a) by providing for the possibility of increased staffs of nurses, dispensers, etc... and (b) by rendering it possible for women to take fuller advantage of the available medical aid.

(12) *Dutch Indies*

By establishment of hospitals (maternities) under the direction of medical women, where midwife training is practised and from where obstetric assistance is given to pregnant women and those who cannot come to hospital. Government does not establish such hospitals, but is, as a rule, willing to subsidise missionary or other organisations by paying one fourth of establishing costs and one fourth of working expenses. So if any organisation could give the money, there would be blessed work done.

Of course it would be useful if investigations could be undertaken by medical women concerning pregnancy diseases, childbirth and infant diseases. Also propaganda work for health, such as was formerly successfully undertaken by the Rockefeller Foundation.

Propaganda for skilled attendance at childbirth would be a splendid enterprise.

(13) *Persia*

A state medical service for women and children, thoroughly organised and equipped.

Training nurses and midwives.

(16) *China*

Much might be done after Government is more settled.

(18) *China*

The Medical Women's International Association can do much, if it shews that its purpose is to get the medical women of the country to contribute, with the object of bringing medical women of the world together.

(19) (20) *China*

More hospitals and scholarships for women medical students and doctors.

(21 b) *Africa*

These colonies need masses of African women with some such training (nurses) to permeate the whole of it ; for married or unmarried, they would slowly raise the whole standard of village and household hygiene. Disease is so prevalent that it is not the place or time to consider specialising into things like child welfare nurses and so on. What is needed is lots of nurses with a good all-round training, capable of coping with the sick of all ages and classes.

(22) *Africa*

Bringing in Government employment.

(23 b) *Africa*

Owing to the present financial state of the country, no development of medical work of any kind can be contemplated; in fact, retrenchment of existing services has occurred.

(31) *Egypt*

Medical Colleges, preferably Christian institutions like those in India and China, where medical women who are fitted for the task should act as Professors and Lecturers for the medical, nursing and maternity training of Egyptian women.

(42) *Egypt*

A great many more medical women are needed.
The population, as a whole, receive women doctors gladly.

(32) *Africa*

Research, to discover the precise causes which produce loss of child life.

A larger number of specially qualified women doctors.

Voluntary organisations might be extended for Child Welfare.

Co-operation of all classes, voluntary workers, educationalists, administrators, commercial and missionary authorities.

Systems by which the native administration, that is, the people themselves, are encouraged to build their own child welfare institutions, as in Northern Nigeria.

The majority of the people whoh ave profited by child welfare belong to the town population. These people have become more or less detribalised and accept hospitals readily. But the case is very different among those who keep to their tribal laws and customs and rites. Hence we must work in close co-operation with the anthropologists and so modify our hospitals and the methods

to be used by the midwives, that they may be more appropriate to the needs and feelings of the people, whom they are meant to benefit.

Sympathy and personality are of the greatest practical value.

(39) *Hongkong*

Further supervision of infant feeding and the running of more V.D. clinics for women.

(40) *Africa. Kenya*

I am certain Government is fully cognisant of the need for education and instruction of native women, and I am equally certain that at present enthusiasm should be accompanied by very detailed consideration of present circumstances and by a true knowledge of native needs and capabilities in the future.

Probably all these suggestions are of value. Some of the writers remind us that we must not expect progress in the present disordered political situation in China and India and that in most of the countries the financial situation is too bad to allow of additional expenditure.

Several questions, which might be of importance to all countries, either now or in the future, seem to arise out of these suggestions.

1. — Nearly all the writers speak of the need for more medical women, either directly, or indirectly by proposing to extend the activities. One asks that they should be « specially qualified »

The preceding pages have shewn that there is, in exotic countries, a great field for medical women and one which is, as yet, very inadequately filled. There is firstly, what may be called the essential services of obstetrics and child welfare, and secondly, general medicine and surgery, especially gynaecology, administration, research, school work, etc..., etc. In these exotic countries the provision of medical women, not only relieves suffering, but helps to produce a better standard of health and to keep intact the principles of morality, in which many of the inhabitants have been brought up. Workers should have the best professional training and should have practical experience of their special branch of work before going out, as consultations are often impossible. In addition, it has been suggested that medical women going to exotic countries should attend some special course of a socio-medical nature, so that they may get some knowledge of the special habits, customs, beliefs and diseases which they are likely to meet with, and a lack of understanding of which may spoil an otherwise successful career. Such courses do not now exist and would have to be organised.

2. — When Governments undertake to provide women doctors should they be in a special service or should they form part of a common service for men and women ?

The present situation as regards this question has been shewn. In most countries the number of women employed by Governments has been so small that the feasibility of forming a separate service has not been considered. But, as the numbers employed increase, and as the women become older the question of their promotion to the senior posts is bound to arise. The senior posts, in all services, include those of Inspectors General and Superintendents of large general hospitals for men and women. Is there any likelihood that promotion to these posts will be given to women ? Would it be possible to create some similar posts for inspection, etc. of women's work, to be held by women ? Or is it better, when numbers permit, to form the women into a separate service with women administrators ?

3. — When women are employed by Governments in countries such as India, where separate hospitals for women are advisable, is it best to scatter them as widely as possible, so as to relieve the largest possible number of people, or to collect them at a smaller number of centres, requiring each to specialise in certain directions ? This question will be seen among the suggestions. It was discussed at the meeting of the Northern Division of the Association of Medical Women in India in 1929 and the meeting was in favour of the smaller number of centres. At first sight it seems advisable to relieve as many people as possible, but it is a fact that a medical woman, working alone with a poorly trained assistant and nurses unable to take responsibility, may accomplish very little. She has to employ herself in tasks which a less highly educated person could do equally well and she constantly feels that she could do more in a better hospital with colleagues and special departments, allowing for more complete investigation. Such hospitals might be centres for research and postgraduate work and might serve as consultants for smaller women's hospitals in surrounding areas. No doubt in the earlier years it is necessary for medical women to go as pioneers and work alone, but as conditions become more settled and the people become at once more appreciative and more critical, would Governments be doing better to establish several medical women in one place and try to ensure a high standard of modern work and accomplishment ?

APPENDIX

(1) Dr C. I. Kipp, India.
(2) Dr A. Pennell, India.
(3) Dr Curjel Wilson, India.
(4) Dr M. V. Webb, India.
(5) Dr O'B. Beadon, India.
(6) Dr M. Reddi, India.
(7) Dr J. Jhirad, India.
(8) Dr B. C. Oliver, India.

(9) Dr C. E. Jameson, India.
(10) Dr R. Young, India.
(11) Dr E. Hang, Dutch Indies.
(12) Dr N. Stokvis Cohen Stuart, Dutch Indies.
(13) Dr S. G. A. Henriquez, Persia.
(13 b) Dr L. Piggott, Persia.
(14) Dr H. Mac Murchy, Canada.
(15) Dr M. L. Hanington, Canada.
(16) Dr A. Cowan, China.
(17) Dr L. W. Forman, China.
(18) Dr I. M. Miller, China.
(19) Dr A. Vogt, China.
(20) Dr M. Mortensen, China.
(21) Dr H. S. Keer, Africa West.
(21 b) Dr Russell, Africa West.
(22) Dr M. N. Henry, Africa East.
(23) Dr E. Mc Currach, Africa East.
(23 b) Dr M. Mc Dowall, Africa West.
(24) Dr G. Christiansen, Greenland.
(25) Dr T. Inouye, Japan.
(26) Dr S. Sinclair, New Zealand.
(27) Dr J. Mac Innes, Palestine.
(28) Department Labour, U. S. A.
(29) Dr M. E. Hopkins, Malaya.
(30) Medical Advisor, Col. Office, London.
(31) Dr E. M. Taylor, Egypt.
(32) Dr M. Blacklock, Africa West.
(33) Dr R. Yang, China.
(34) Report Countess of Dufferin's Fund, India.
(35) Dr Bramsen, India.
(38) Dr M. I. Balfour, India.
(39) Dr A. Mc Elvery, Hongkong.
(40) Dr M. M. Shaw, Africa East.
(41) Dr E. Wharton, Trinidad.
(42) Dr C. A. Stuart, Egypt.
(43) Dr E. Whidhorne, Soudan.

Author's note :

I have also to acknowledge most interesting papers from :

Dr E.-J. Davies, Korea.
Dr R.-S. Hall, Korea.
Dr Valeria Parker, United States.
Dr Ida Scudder, India.

which unfortunately arrived too late to be included in this report.

RAPPORT

SUR

Le Rôle de la Femme Médecin dans les Pays Exotiques

PAR

Madame le Docteur POLI-GARNIER

Médecin-Chef de la Clinique Indigène d'Alger
Rapporteur Général (Algérie)

Il n'y a pas encore de femmes médecins dans toutes les villes coloniales. C'est une lacune, qui je l'espère sera comblée un jour. Les femmes médecins installées aux colonies ont exactement les mêmes devoirs que leurs confrères masculins. Les unes exercent librement leur profession et ont une clientèle importante, d'autres sont fonctionnaires, d'autres encore s'occupent d'œuvres charitables et très peu nombreuses sont celles qui ne s'occupent que de leur clientèle privée.

Au *Maroc* le nombre des femmes médecins se répartit ainsi :

Casablanca 4 femmes médecins dont 2 fonctionnaires.
Mazagan 1 femme médecin fonctionnaire.
Marrakech 3 femmes médecins fonctionnaires.

Les femmes médecins fonctionnaires employées par le service de santé du Maroc n'ont aucunement un Code et des lois spéciales. Elles jouissent des mêmes indemnités, reçoivent les mêmes traitements et ont une caisse de prévoyance et un régime de retraites identiques à ceux des médecins hommes. Comme ces derniers, elles sont employées dans les hôpitaux ou les laboratoires.

A Casablanca, l'une est chargée du Service des femmes et de la maternité indigène. A Marrakech deux femmes sont à la Maternité. L'une, Madame le docteur Legey est médecin-chef, l'autre médecin adjoint. Une troisième est chargée du Laboratoire de microbiologie.

Les services dirigés par des femmes sont au point de vue financier traités de la même façon que ceux dirigés par des hommes. Il y a du reste une tendance à placer tous les services sous le même régime administratif, et la gestion financière est confiée à des économes qui sont des employés du service des finances.

Les femmes médecins sont sur un pied d'égalité absolue avec leurs confrères et ont une indépendance complète. Elles sont maîtres de leurs services ; elles peuvent y faire toutes les opérations et les interventions que leur spécialité ou leurs connaissances mé-

dicales leur permettent de faire. Elles peuvent accéder à tous les postes en rapport avec leurs aptitudes professionnelles. Les conditions de travail ne sont pas au Maroc exactement les mêmes que dans la Métropole, en ce sens que tout le temps est donné au service du protectorat et que les médecins fonctionnaires, s'ils payent quand même patente, ont très peu de temps pour faire une grosse clientèle. Les traitements donnés aux médecins par l'Administration marocaine leur permettent de vivre honorablement.

Il n'y a aucune école de médecine au Maroc. Quelques femmes ont été placées comme internes dans les hôpitaux en fin de scolarité à Casablanca et à Mogador. Deux d'entre elles ont été recrutées par le Protectorat comme médecins du service de santé.

En *Algérie* comme au Maroc la femme médecin peut trouver une situation officielle qui lui permette de vivre honorablement sans exercer de clientèle privée. Très peu de places lui sont cependant réservées. Les postes des administrations occupant un personnel féminin important tels que les Postes et les Chemins de fer sont occupés par des médecins hommes. Une seule femme, avec une vingtaine de confrères masculins, est Inspectrice des écoles publiques. Le service des Enfants Assistés est confié à des médecins hommes. Une femme est chargée par le Protectorat des Enfants du 1er âge avec des confrères masculins. Depuis quelques années les femmes peuvent être nommées médecin de Colonisation. Le recrutement en est habituellement fait par concours mais la pénurie de candidats a permis le recrutement sur titres. Le rôle de ces médecins est extrêmement chargé et il leur faut une santé et une endurance robustes pour en assumer toutes les charges.

Les médecins de colonisation donnent leurs soins à tous les malades de leur circonscription qui est souvent très étendue ou très accidentée ; ils les donnent gratuitement aux indigents. Ils doivent se faire présenter les enfants assistés pour se rendre compte de leur état de santé, doivent faire des tournées périodiques dans les Douars, sont chargés des transports judiciaires, autopsies et expertises médico-légales, surveillance des filles publiques, vaccinations et revaccinations, visites des écoles, en un mot, ils veillent d'une façon générale au maintien de la santé publique dans toute l'étendue de la circonscription qui leur est confiée.

Dans les villes importantes il a été créé des Cliniques indigènes pour les femmes et les enfants indigènes. Ces postes sont réservés aux femmes médecins.

Il n'est accordé à celles qui dirigent ces cliniques qu'une indemnité insuffisante par rapport au temps consacré et au travail fourni et les femmes médecins ne peuvent y trouver qu'un accessoire de leur situation. Les femmes médecins ont sous leur autorité des infirmières visiteuses chargées des visites à domicile et du dépistage des maladies contagieuses. Mais, quand l'importan-

ce du lieu ne permet pas à une femme médecin d'y gagner honorablement son existence, la consultation peut être assurée par un médecin homme, car si dans les grandes villes la clientèle payante permet aux femmes médecins de vivre honorablement, il n'en est pas de même dans les petites villes algériennes où la clientèle payante est presque inexistante.

Il y a à Alger une faculté de Médecine où, comme en France, l'élément féminin est largement représenté.

Les jeunes filles peuvent être admises par voie de concours aux situations d'externes ou d'internes des hôpitaux. La première interne le fut en 1908.

Les femmes sont chefs de clinique, chefs de Laboratoire, préparatrices.

Les concours sont entièrement libres et les situations exactement semblables à celles de leurs collègues masculins.

Il y a en Algérie deux femmes médecins de colonisation, l'une à Gastu, l'autre à Nedromah, quinze femmes sont directrices de Cliniques indigènes, une est à l'Institut Pasteur chargée de la préparation du vaccin B. C. G. et 30 femmes médecins sont réparties dans toute l'Algérie.

En *Tunisie* comme partout en Afrique du Nord il y a également des femmes médecins fonctionnaires du Gouvernement, et d'autres qui ont des places administratives.

Trois femmes sont médecins à l'Hôpital Sadiki ; 2 sont chargées de l'inspection de certaines écoles ; l'inspection des filles publiques n'est pas exclusivement confiée à des médecins hommes, mais 2 femmes sont chargées de ce service. Il y a en Tunisie 12 femmes médecins, dont 4 sont médecins de colonisation à Monastir, Kairouan, le Kef et Souk-El-Arba.

En Tunisie une seule institution est réservée aux femmes médecins. C'est l'école Louise René Millet, école de jeunes filles musulmanes où depuis plusieurs années des cours d'hygiène sont donnés par des femmes médecins.

Les conditions de travail sont en Tunisie, comme dans toute l'Afrique du Nord, les mêmes pour les femmes que pour tout le corps médical.

En *Egypte* toutes les femmes exerçant sont de nationalité étrangère au pays ; ce qui leur donne une situation spéciale à cause des événements politiques.

Probablement la première femme médecin égyptien ne reviendra cette année d'Angleterre ; elle sera sûre de trouver immédiatement un emploi dans les services sanitaires du Gouvernement. Tout récemment 4 ou 5 jeunes filles ont été admises aux études universitaires. Elles assistent aux leçons mais auront probablement une partie de leur instruction séparée des jeunes gens. Il n'est pas encore possible de prévoir comment leur instruction se développera.

La première femme médecin s'installa en Egypte il y a plus de vingt ans. Actuellement il y a trente huit femmes médecins installées en Egypte ; 4 sont inspectrices des écoles de filles ; aucune n'est occupée dans les hôpitaux. Ces fonctionnaires sont anglaises, à l'exception d'une seule qui est syrienne ; les autres sont de nationalités très différentes, et l'exercice de leur profession est en tous points semblable à celui des confrères masculins.

Il n'y a en *Indo-Chine* que trois femmes médecins. L'une est médecin de la Maternité de Cholon — maternité indigène —. L'autre est à l'Institut Pasteur de Saïgon où elle est employée à la préparation des vaccins. La troisième, femme d'un fonctionnaire, a vainement cherché une situation officielle. Les conditions de travail sont rendues spéciales par le pays. Les postes de la brousse sont à peu près impraticables aux femmes. Elles ne pourraient exercer que dans les villes ou en tout cas dans le Delta. Mais actuellement aucune femme n'est encore admise dans les cadres de l'Assistance Publique en Indo-Chine. Cette situation retardataire de la femme médecin en Indo-Chine est un peu due à ce que la femme annamite n'a pas grande confiance dans les soins donnés par des européennes. Deux femmes médecins avaient été recrutées dans les cadres officiels de l'Assistance, il y a déjà quelques années ; mais cette mesure était probablement prématurée car elle n'a pas donné les résultats espérés.

La *Guadeloupe, La Réunion* et la *Martinique* comptent chacune une femme médecin. Dans ces contrées les femmes peuvent travailler comme leur confrères. Il existe des hospices et des ambulances dépendant de l'Assistance publique. Les soins y sont donnés par des médecins engagés par contrat avec l'administration et les conditions sont les mêmes pour tous. Une seule de nos collègues est chargée d'un service officiel. Jusqu'à présent les femmes médecins qui se sont installées dans ces îles en sont presque toutes originaires.

En *Libéria* de rares femmes ont été tentées mais elles n'ont jamais rencontré de difficultés pour exercer.

En *Afrique Equatoriale Française* une femme médecin hygièniste est chargée d'un dispensaire et d'un laboratoire à Libreville.

En *Afrique Occidentale Française* une femme assure un service officiel au Soudan ; une autre est Professeur à l'Ecole de Médecine de Dakar.

A *Djibouti* une de nos collègues occupe un poste officiel. Dans le Cameroun Français, les missions évangéliques de Paris ont envoyé une femme médecin.

A *Madagascar* une Française, aidée de plusieurs indigènes, dirige le dispensaire de la Croix-Rouge. Le Gouvernement en 1928 a admis les femmes indigènes à l'école de médecine de Tananarive en vue de les faire entrer dans l'Assistance Publique, comme directrices de dispensaires pour enfants.

MATERNITÉ

Il y a lieu de considérer à ce point de vue le milieu européen et le milieu indigène, dans tous les pays exotiques.

Dans le premier, des médecins pourvus de diplômes réguliers français pour les colonies françaises, et de diplômes de leur pays d'origine pour les pays de protectorat, ou encore pour l'Egypte, ont seuls le droit de faire des accouchements. Ils donnent toute garantie aux femmes qui ont besoin de leur assistance ou de leur intervention.

Dans le milieu indigène, les accouchements sont faits par des matrones appelées Kablas ches les mulsumans. La Kabla comme son nom l'indique en se tenant à l'étymologie rigoureuse du terme, (kbal recevoir) est incapable de faire un accouchement qui ne serait pas absolument normal. Elle se borne à assister la parturiente en se tenant assise à côté d'elle, et en priant. Elle reçoit l'enfant quand la tête a complètement apparu à la vulve. Il n'existe aucune loi les régissant, ni règlementant leur profession.

Cependant un essai d'organisation vient d'être fait à Marrakech par la Maternité indigène dont le rayonnement s'accentue tous les jours, grâce à l'appui énergique du Pacha Hadj Thami El Glaoui et au dévouement du médecin chef Madame le Docteur Legey. Les femmes médecins qui sont chargées du service de la Maternité ont pu faire le recensement de toutes les Kablas exerçant à Marakech le métier d'accoucheuses. Toutes les vieilles femmes infirmes, borgnes, aveugles même, se sont vu retirer le droit de faire des accouchements. Les autres ont reçu une carte d'identité et un permis d'exercer, sous réserve que les accouchements faits seraient déclarés dans les vingt quatre heures à la Maternité où un répertoire des naissances a été ouvert. Tous les cas de dystocie doivent aussi être déclarés, sous peine de sanctions sévères allant du retrait de la carte à l'emprisonnement devant punir la faute professionnelle.

Cette surveillance organisée depuis neuf mois donne les meilleurs résultats. Les Kablas ne restent plus quinze jours auprès d'une femme en travail attendant qu'un Dieu clément délivre leur cliente en l'appellant à lui.

A la moindre anomalie, à la moindre difficulté, elles amènent la parturiente à la Maternité de Marrakech ; l'intervention est aussitôt pratiquée devant elles. De plus les Kablas les plus intelligentes viennent assister à tour de rôle aux accouchements et aider dans les soins aux femmes en couches et aux nouveaux-nés. Ceci n'est pas à proprement parler un enseignement pratique ; c'est une façon d'ouvrir l'esprit de ces femmes à de nouveaux horizons, de leur montrer que les cas de dystocie se traitent d'autant mieux qu'ils sont connus plus tôt.

Les Kablas de Marrakech sont devenues pour la Maternité

des agents de pénétration et de liaison, permettant une action utile et bienfaisante au cœur même de la famille Marocaine. Et si dans les premières semaines de contrôle il a fallu sévir, il n'y a plus lieu de le faire depuis longtemps ; les Kablas se sont parfaitement rendu compte que le rôle des femmes médecins de la Maternité n'avait rien d'inquisitorial et que seul le bien de toutes les mères était envisagé.

Quant à leur enseignement c'est au Maroc une question à l'étude. Au Maroc des Maternités indigènes ont été créées dans différents centres et leur direction est confiée à des femmes médecins.

En Algérie aucune Maternité n'est spécialement réservée aux femmes indigènes. Les Cliniques indigènes d'Alger où l'on pratiquait autrefois des accouchements se sont vu retirer cette spécialisation. Les femmes enceintes y sont admises les derniers jours de leur grossesse, et sont évacuées aux premiers signes de l'accouchement sur l'Hôpital de Mustapha où une Maternité munie des derniers perfectionnements les reçoit. Cette façon de procéder présente de graves inconvénients. La femme indigène qui accouche parfois assez rapidement risque d'accoucher dans la voiture d'ambulance pour peu que celle-ci, prévenue au milieu de la nuit le plus souvent, tarde à arriver. A la Maternité la femme est transportée en plein milieu européen et elle est accouchée le plus souvent par les internes du service et les sages-femmes. Les médecins sont des hommes, et bien des femmes à qui nous soumettons les nouveaux règlements en vigueur à leur arrivée n'acceptent pas et se font accoucher en ville par une matrone. Cependant la Statistique de la Maternité accuse un chiffre croissant d'accouchements indigènes, mais d'une façon générale la femme arabe se résout difficilement à accoucher hors de sa maison et les tentatives faites pour créer des Maternités essentiellement indigènes n'ont donné aucun résultat.

Il y a plus de trente ans Madame Chellier Fumat Castelli avait tenté un essai d'organisation d'assistance médicale féminine, mais l'initiative de cette femme de valeur doublée d'une femme de bien ne portat pas ses fruits.

Ce fut ensuite Madame le Docteur Legey actuellement au Maroc qui, en 1902, créa les cliniques indigènes dans lesquelles actuellement, grâce aux consultations de gynécologie, la surveillance des femmes enceintes peut être organisée. Les cas anormaux y sont dépistés et le traitement peut en être assuré. Mais si les conditions favorables d'existence, de bien-être et d'éducation ont fait naître chez les indigènes des villes des préoccupations hygiéniques égales et quelquefois supérieures aux préoccupations de même ordre chez les européens de la classe sociale correspondante, la femme arabe habitant la campagne est livrée à elle-même et ne reçoit aucune aide.

Au M'Zab la femme mozabite doit, par sa religion, accoucher

seule. Il n'y a pas de Kablas. On tolère qu'une toute jeune femme, une vraie petite fille souvent, soit assistée dans ce moment douloureux par deux personnes, autant que possible par sa mère et une parente ; mais à partir du deuxième enfant la règle ne souffre plus d'exception. C'est la jeune mère qui fait seule la toilette de son enfant et qui doit lui donner tous les soins nécessaires.

En Tunisie la situation matérielle de la femme en couches est absolument la même qu'en Algérie. Celles habitant les villes y trouvent du secours mais les femmes de la campagne n'y pensent même pas et attendent qu'une intervention divine fasse le nécessaire.

En Indo-Chine il existe un corps de sages-femmes annamites et les aide-médecins indigènes ont le droit de pratiquer les accouchements. Dans les villages de la Haute région ils sont le plus souvent faits par des personnes inexpérimentées.

En A. O. F. il existe un corps de sages-femmes indigènes, mais ce sont presque toujours de vieilles femmes qui se chargent de cette besogne.

Il en est de même en Egypte où les accouchements étaient le plus souvent faits par des commères du voisinage. Mais un essai d'organisation d'un corps de sages-femmes égyptiennes vient d'être tenté et les études de ces dernières viennent d'être organisées dans les hôpitaux du pays. Cette organisation est encore imparfaite car les sujets manquent, mais il est certain que ce projet, qui doit être fortement encouragé par le gouvernement égyptien, ne peut donner que d'excellents résultats.

Dans les îles des Antilles les accouchements se font en majeure partie à l'aide de femmes inexpérimentées et de bonne volonté. Dans les campagnes ils échappent à tout contrôle médical.

Il est impossible d'évaluer la mortalité maternelle et la mortalité infantile dans les pays exotiques car il existe peu de moyens de contrôle. Dans les campagnes, au Maroc et dans le M'zab les arabes enterrent leurs morts deux heures après le décès. Si dans les villes l'état-civil est à peu près régulier, il n'existe pas du tout dans certains pays. La syphilis est la plus grande cause de mortinatalité. La tuberculose pulmonaire tue de nombreuses femmes arrivées au terme de leur grossesse sauf cependant dans les Antilles où elle est beaucoup plus rare qu'en Europe.

Les complications obstétricales sont en milieu indigène presque toujours mortelles. Les suites de couches pathologiques sont extrêmement fréquentes. La fameuse immunité de la femme arabe au streptocoque s'est révélée un mythe. Les femmes arabes résistent plus longtemps que les autres aux infections puerpérales, mais les guérisons spontanées sont rares.

Il n'y a pas de maladies spéciales à la femme enceinte sauf au Tonkin où le Beri-Beri est presque toujours lié à l'accouchement même normal, ou le paraissant. En Egypte l'obésité et le diabète compliquent souvent les accouchements.

Dans tous les pays où nous avons pu étudier cette question la cause la plus importante de la mortalité chez les femmes en couches est l'ignorance absolue des femmes qui pratiquent les accouchements. Elles n'ont aucune instruction professionnelle, n'ont appris leur métier que par routine et sont un véritable danger lorsque leur rôle ne se borne pas à recevoir l'enfant spontanément expulsé par les forces naturelles de l'accouchement normal.

Malgré celà les Kablas ont en Afrique du Nord un grand prestige chez les indigènes et elles jouissent d'une grande influence. Mais elles doivent cette autorité non pas à leur savoir qui est absolument nul, mais à une sorte de don, bénédiction. (Baraka).

Ainsi la seule présence d'une Kabla dans la pièce favorise le travail. Quand la femme a un accouchement douloureux ou malheureux, c'est Allah qui en a ainsi décidé, et la Kabla n'intervient pas pour aider la nature et la modifier.

On comprend qu'il y ait des familles de Kablas comme il y a des familles de marabouts, la mère transmettant son don à sa fille et l'on voit à côté de matrones d'âge mûr de jeunes Kablas de vingt ans à peine.

ENFANCE

L'impossibilité du contrôle des naissances et des décès rend très difficile l'évaluation de la mortalité infantile ; mais de tous côtés, le nombre de décès pendant les premiers mois de la vie est considérable. Tous les débiles succombent. Parmi les autres, ceux qui sont nourris au sein, s'élèvent assez facilement. Heureusement le Coran prescrit l'allaitement maternel jusqu'à 18 mois et de ce fait, ne pas être bonne nourrice devient pour les femmes un cas de répudiation en Afrique du Nord et dans le Sud, et une punition des Génies en Orient. Au M'Zab la femme mère met un véritable point d'honneur à nourrir son nouveau-né, et les mères cachent avec ruse le malheur de ne pas avoir de lait. Les femmes indigènes emploient les coutumes les plus bizarres pour nourrir ces petits êtres ; je citerai parmi les moins extraordinaires la coutume du M'Zab où on essaye de les nourrir avec des dattes pilées dans de l'huile ; très exceptionnellement on a recours à de la farine grossièrement délayée dans de l'eau, ou à du lait de chèvre ou encore à une autre nourrice. Il est facile de prévoir le résultat de pareilles coutumes. D'une façon générale, tous les Services d'assistance ont essayé de dresser des statistiques sur les causes de la mortalité infantile. La syphilis héréditaire est au premier plan ; viennent ensuite les complications broncho-pulmonaires et gastro-intestinales, puis les fièvres éruptives qu'on ne soigne même pas et qui évoluent sans que les parents s'en occupent, la misère physiologique et les privations. La mortalité varie suivant les régions, les villes, les campagnes, les saisons. Pour la tuberculose seule-

ment le quartier indigène de la Casbah donne une mortalité générale de 40 °/oo habitants, il faut penser à la moitié pour les enfants.

En Egypte on a pu calculer qu'au cours des étés particulièrements chauds la mortalité infantile s'élevait jusqu'à 92 %. Heureusement les femmes arabes sont extrêmement fécondes. Il n'est pas rare de voir des femmes accuser 15 ou 17 grossesses, et ne pas avoir un seul enfant vivant. D'autres, sur 8 ou 10 grossesses n'ont pu en élever que 2 ou 3, et même pas du tout.

Dans toutes les régions, du Maroc à l'Egypte, on a intensifié les « Gouttes de lait », les « Crèches » et les consultations de nourrissons. Presque toutes sont dues à l'initiative privée et reçoivent des subsides importants des différentes Administrations. Partout des projets sont à l'étude.

En Algérie le Gouvernement Général a créé un Service spécial d'Assistance aux mères et aux nourrissons, dont les résultats sont intéressants. Si dans certaines régions il a été signalé des échecs, c'est en raison des difficultés d'application plutôt que des modalités de cette application. Les échecs ont été constatés dans les régions particulièrement vastes où la population est exagérément disséminée ou nomade.

Les médecins de colonisation, les femmes médecins directrices de cliniques indigènes et un corps d'infirmières visiteuses diplômées sont chargées du Service, et il existe une collaboration étroite et vraiment dévouée entre les autorités locales, les Médecins et les Infirmières. Les consultants sont de plus en plus nombreux, et les prévisions budgétaires prévoient l'intensification de ces Services. On a pu constater que depuis lors, les nourrissons sont mieux tenus, plus propres, mieux vêtus. Enfin on a pu constater que la mortalité infantile qui s'élevait notamment à El Milia à 14,8 % en 1926 était de 1.3 % en 1928. Une diminution pareille est constatée à Sétif, à Herbillon.

On constata de même une régression de certaines maladies. Si l'on ajoute que les médecins hommes et femmes profitent de ces consultations pour vacciner, pour dépister les maladies sociales, on peut se rendre compte des services immenses qu'on a le droit d'attendre de ces institutions.

Le Service de protection de l'enfance (Loi Roussel) est assuré en Algérie sous l'autorité du Préfet par l'Inspecteur des Enfants assistés. La surveillance est exercée par des Médecins Inspecteurs, les Médecins communaux ou de Colonisation. Les enfants sont visités une fois par mois à leur domicile. L'allaitement au sein est le seul pratiqué en Algérie où l'allaitement artificiel demande plus de soins que dans les pays tempérés. Mais le recrutement des nourrices est de plus en plus difficile car on a recours presque exclusivement aux femmes indigènes. Celles-ci sont bonnes nourrices, mais si on songe aux taudis dans lesquels elles vivent, aux contaminations possibles, à l'absence de tous soins, que la femme

arabe est incapable de donner, on est encore étonné des résultats obtenus.

Dans les communes éloignées des centres, les Infirmières visiteuses visitent périodiquement les enfants, donnent aux mères des conseils d'hygiène, distribuent des objets de première nécessité et dépistent les maladies contagieuses. Dans les communes du Sud où le fonctionnement de l'Assistance aux mères et nourrissons s'était heurté à de sérieuses difficultés en raison des distances considérables qui séparent les femmes indigènes des Centres de visites, l'Administration s'est préoccupée de rechercher une formule qui permit d'adapter le Service aux besoins de la région. Il fut créé un Service spécial de visites à domicile, et l'expérience montra que cette tentative devrait être généralisée. Il en est de même en Kabylie où les médecins ont pu constater une certaine évolution dans l'esprit des indigènes dans les grandes villes, où l'installation des Cliniques indigènes spécialement affectées aux femmes et aux enfants crée un lien étroit entre les Services médicaux et la population musulmane. Placées au centre des quartiers arabes ou à proximité de ceux-ci, ces formations donnent aux familles arabes toute sécurité. Aussi est-ce une véritable foule qui envahit les services de consultations. La clinique indigène d'Alger est devenue un hôpital important et le chiffre total des consultations a atteint en 1930 : 80.000 environ. Une trentaine de lits très confortables permettent l'hospitalisation des plus atteints. Les Arabes confient très volontiers leurs enfants, et la moitié des lits est toujours occupée par de jeunes enfants que les parents viennent voir régulièrement.

Des consultations de nourrissons, un Service Anti-Syphilitique, un Service de Gynécologie, un Service d'Ophtalmologie permettent la spécialisation des femmes-médecins chargées de la clinique.

Les femmes-médecins parlent l'arabe plus ou moins couramment ; la religion est respectée, et pendant les mois de jeûne, rhamadan, la nourriture et les soins sont donnés la nuit. Les hommes ne sont pas admis et il n'y a à la Clinique aucun serviteur masculin. Toutes les infirmières sont indigènes et la nourriture rigoureusement préparée selon les coutumes du pays ne surprend par les hospitalisées.

Presque tous les nouveaux-nés indigènes de la Casbah sont visités à leur naissance par les infirmières-visiteuses de la Clinique qui consultent à la Mairie les registres de l'Etat-Civil. Les enfants sont surveillés les premières semaines, un secours en nature (vêtements chauds, lait si besoin), est donné aux mères par trop nécessiteuses. Quand la femme a repris ses occupations ordinaires elle amène régulièrement son enfant à la Consultation où elle montre avec orgueil quelquefois un nourrisson superbe.

Toutes les Cliniques indigènes de l'Algérie ont des consul-

tations de nourrissons, et des infirmières-visiteuses sont attachées à ces Cliniques.

Au Maroc, la création de Gouttes de lait et de consultations de nourrissons est la préoccupation actuelle. Les premières ont suivi la pacification.

On s'occupe d'en aménager à Taroudaul-Ayadis-Ouezzan où la pacification est récente. Il n'y a pas de mesures législatives particulières prises pour l'hygiène infantile. Mais l'attention du Protectorat est dirigée vers ces questions capitales, et les centres de puériculture dus à l'initiative privée sont toujours subventionnés par l'Etat.

La création de quelques postes d'infirmières-visiteuses est aussi récente. Leur rôle sera surtout éducatif. Depuis plusieurs années les bureaux d'hygiène emploient des infirmières visiteuses scolaires.

On donne aussi des primes à l'allaitement maternel. Mais les primes sont peu importantes et ne sont en réalité qu'un simple et maigre secours donné sous une étiquette sociale (300 fr.) en plusieurs mandats pour tout l'allaitement. En Tunisie l'hygiène infantile commence à être établie mais il n'y a encore aucune mesure législative, aucune femme médecin n'est spécialement affectée à ce travail.

Les consultations de nourrissons des œuvres privées sont suivies régulièrement.

A l'Hôpital Sadiki où une femme médecin est chargée depuis un an des consultations pour femmes et enfants, tous les efforts sont faits par cette praticienne pour développer la partie infantile et sociale. La tâche est ardue à cause de l'exiguité extrême des locaux et du nombre toujours considérable de malades. Une assistante sociale est attachée à ce service depuis quelques mois ; l'aide en est précieuse pour instruire au moins quelques mères et les surveiller à domicile.

En Egypte, il y a peu de principes d'hygiène infantile établis dans le peuple. Mais on essaye de former des centres de puériculture un peu dans toutes les régions. Ceux-ci sont en général bien accueillis et les frais en sont supportés par le Gouvernement et les Organisations charitables.

En Indo-Chine, la mortalité infantile est très élevée et la question de puériculture n'a pas encore été étudiée au point de vue indigène.

Aux Antilles françaises, en A.O.F., des consultations de nourrissons et d'enfants sont instituées dans les villes et dans les bourgs de quelque importance. Les Municipalités assument les frais pharmaceutiques, et l'Administration le recrutement des médecins.

Un essai d'infirmières visiteuses a été fait en A.O.F. mais les rigueurs du climat ont empêché les infirmières de continuer leur tâche et elles ont été rapatriées.

Les Ecoles sont partout en Afrique du Nord parfaitement surveillées. A Alger, cette surveillance est aussi rigoureuse et aussi bien organisée que dans toute autre capitale du continent.

Il en est de même dans toutes les villes et aglomérations importantes ; les écoles indigènes sont partout très surveillées par les médecins de colonisation.

Mais il existe à Tunis une école importante de jeunes filles musulmanes où un enseignement pratique de l'hygiène est donné par des femmes médecins. Sous leur direction les élèves apprennent elles-mêmes à soigner leurs jeunes compagnes, petits soins très simples, pansements de plaies superficielles, soins du cuir chevelu, désinfection des yeux.

Trois femmes médecins font des cours théoriques. En outre deux d'entre elles s'occupent de l'inspection des élèves et l'une est surtout chargée d'en examiner les yeux. Un dispensaire a été annexé à cette école ; une femme-médecin est chargée de la consultation aux mères et aux nourrissons. Ce dispensaire, fondé il y a un an environ, a été créé pour permettre aux jeunes filles arabes de se perfectionner en hygiène surtout en hygiène infantile, et de pouvoir appliquer pratiquement ce qu'elles savent trop théoriquement.

Ce dispensaire, où sont reçus les enfants indigènes en bas-âge et leurs mères, fait connaître aux fillettes plus que de simples petits soins, des notions de puériculture qui les prépareront à leur rôle de futures mamans, et qui dès actuellement leur permettent de donner chez elles des conseils extrêmement précieux.

Les plus âgées des monitrices, qui suivent depuis longtemps les cours d'hygiène et assistent régulièrement aux consultations, sont passionnées pour ce qu'elles font au dispensaire. Leurs professeurs les verraient avec joie, pour quelques-unes d'entre elles, devenir infirmières visiteuses ; elles pourraient dès à présent par leurs qualités d'ordre et de méthode, empreinte que leur a laissé l'éducation et l'instruction données à l'école, par leurs qualités d'infirmières infantiles, être les bienfaitrices de leurs coréligionnaires et aider les femmes médecins à lutter contre la mortalité infantile si grande en pays tunisien.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Il existe dans tous les centres de prophylaxie antivénérienne des statistiques, et celles-ci ne peuvent que montrer l'immensité de la tâche à accomplir ; car quels que soient le nombre, le dévouement, l'allant des médecins, les moyens mis à leur disposition, ils ne voient dans leurs services qu'une faible proportion des malades relativement à l'étendue de la maladie.

Il y a un dicton marocain très caractéristique sur la syphilis : « Tout homme a eu, a, ou aura la syphilis et celui qui ne l'a pas eu

dans ce monde l'aura dans l'autre ». Ce qui explique pourquoi presque tous les malades des consultations indigènes sont suspects de syphilis.

Les lignes qui nous ont été adressées par Madame le Dr. Legey, Médecin-Chef de la Maternité de Marrakech, rendent l'impression générale de tous les médecins des pays exotiques. Partout, pourvu qu'on prenne la peine de la dépister, la syphilis apparaît, semant la mort chez les uns, mutilant et décimant les autres, et cela est accepté par tous avec le fatalisme le plus parfait. Partout en pays indigène où se trouvent un hôpital ou une consultation il faut faire une large part au traitement de la syphilis.

Dans les grandes villes, des Services spéciaux sont organisés. Ils sont confiés à des médecins spécialisés dans le traitement des maladies vénériennes. Ces Services ont un très grand rayonnement.

Au Maroc aucune femme médecin n'en est spécialement chargée. Cependant à Casablanca, où on vient d'organiser la surveillance de la prostitution, une femme médecin est adjointe au médecin Directeur.

On a construit à Casablanca, un quartier spécial pour les prostituées ; elles y vivent dans des conditions hygièniques parfaites, en toute liberté, et dans ce quartier a été créé un dispensaire où chaque jour 500 femmes sont tenues de se présenter ; un contrôle sévère par fiches ne permet aucune absence, aucune fraude.

Les résultats sont ceux-ci, nous dit le médecin Directeur le Dr. Lepinay : chez les prostituées indigènes où la syphilis atteint 85 %, les cas de syphilis contagieuses sont tombés à 0.01 %, L'indice sérologique des syphilis latentes est passé de 75 % à 9 %. La morbidité vénérienne par blennoragie, et chancrelles dont le chiffre chez les prostituées clandestines dépasse quelquefois 85 % n'est plus que de 7 à 10 %.

Le Dr. Lepinay ajoute : Le service du dispensaire est assuré par une équipe d'infirmières européennes et aussi par notre adjointe Mlle le Dr. Trasque. Toutes apportent dans ce milieu de misère la bienveillance agissante des femmes et toutes tentent, quand l'occasion paraît se présenter, le relèvement moral de quelques-unes.

La Clinique Indigène d'Alger a réussi, après avoir lutté pendant plus de dix ans contre l'indifférence absolue de l'Administration, à avoir un Service Anti-syphilitique fonctionnant régulièrement.

Depuis 1914, année où la guerre avait amené avec elle son cortège de misères et où les maladies vénériennes avaient subi une recrudescence particulièrement élevée en milieu indigène, la Clinique s'était efforcée de lutter contre le fléau. Mais le budget était si restreint qu'il ne permettait pas l'achat d'arseno-benzènes si coûteux. Seule la libéralité des fabricants de produits permettait au service de fonctionner.

Avec patience, petit à petit, la Clinique fit ses premières armes. Les résultats étaient si beaux que les malades affluaient, et l'Administration enfin avertie accorda des subsides réguliers.

Actuellement, comme dans tous les autres Services de prophylaxie anti-syphilitique, les médicaments sont fournis par le Ministère de l'Hygiène et les méthodes les plus modernes peuvent être employées par tous les médecins.

Les consultations de femmes enceintes nous permirent de découvrir et de traiter de malheureuses femmes ayant eu de nombreuses grossesses sans avoir eu un seul enfant vivant. Un traitement et une surveillance judicieuse nous ont donné la joie de voir se créer des familles entières là où avant notre arrivée il n'y avait eu que des décès. Et dans la Ville Arabe, la réputation de la Clinique et de ses traitements est si bien établie que toutes les mauresques qui, pour une cause ou une autre, sont sujettes à des avortements viennent en grande hâte nous demander un traitement par « piqûres ».

Les consultations de gynécologie données dans les Cliniques Indigènes permettent aussi de découvrir et de traiter une infinité de maladies vénériennes.

Quel douloureux spectacle présente souvent une consultation gynécologique : fillettes mariées trop jeunes à des adultes, amenées le plus souvent par la belle-mère qui n'écoute pas les plaintes de l'enfant, car la femme n'est pour le mari qu'un instrument de plaisir et les droits de celui-ci sont absolus ; puis ce sont les jeunes épouses avec des blennoragies aiguës, aux complications si douloureuses, entraînant souvent la stérilité, tare irrémédiable pour une jeune femme. Car dans un ménage la stérilité n'est imputée qu'à la femme et celle-ci peut être répudiée avec la plus grande facilité pour ce seul motif. Puis viennent les chancrelles avec leurs complications douloureuses et répugnantes.

Par semaine, la consultation gynécologique de la Clinique Indigène d'Alger enregistre une centaine de femmes malades nouvellement vues, et à ce nombre il faut ajouter les malades en traitement déjà, environ 2.000 consultations sont données tous les mois pour un seul Service gynécologique de la Ville.

En Tunisie les dispensaires Anti-vénériens sont confiés à des hommes. Mais dans toutes les consultations, qu'elles soient destinées aux adultes, aux femmes ou aux enfants, le nombre des maladies syphilitiques est extrêmement élevé.

En Egypte 14 dispensaires sont affectés aux maladies vénériennes. Un seul est spécialement affecté aux femmes. Mais aucune femme médecin n'y est attachée.

Aux Antilles des dispensaires avaient été créés, mais en raison des préjugés attachés aux maladies vénériennes les malades n'osaient les fréquenter et les consultations cessèrent.

En Indo-Chine où la syphilis est aussi fréquente qu'ailleurs sinon plus, il n'existe aucune mesure de prophylaxie officielle.

Il n'existe aucun centre spécial pour les femmes et aucune femme médecin n'y est spécialement attachée.

OPHTALMOLOGIE

Il est impossible dans les pays exotiques de passer sous silence les maladies des yeux, car celles-ci, extrêmement fréquentes, atteignent sévèrement la femme.

Les principaux facteurs de l'aggravation du mal sont :

la résignation naturelle de ces femmes, filles du fatalisme musulman avec laquelle la femme se courbe sous toutes les misères ; on les voit endurer jusqu'à la quasi cécité, le tourment du trichiasis et vaquer à leurs occupations ménagères avec une acuité visuelle qui ne permettrait même pas à une européenne de se conduire,

les pratiques superstitieuses d'origine religieuse ou profane, telles que le verset du Coran écrit sur parchemin par un marabout et enfermé dans un sachet de cuir suspendu au cou du malade,

l'usage du Khol pour colorer les paupières,

les instillations du lait de nourrice dans les yeux ou de l'urine d'une jeune vierge pour guérir les opthalmies,

les interventions chirurgicales pratiquées à bas prix par les barbiers indigènes : opération du trichiasis par pincement de la peau des paupières dans la fente d'un roseau, réclinaison des cataractes, qui remplacent souvent et précèdent presque toujours le traitement rationnel,

les obstacles que rencontre la femme indigène pour se rendre dans les formations où elle trouverait des soins éclairés : ces obstacles sont toujours la jalousie de l'époux ou la déconsidération dans le monde du voisinage qui s'attacherait aux femmes qui auraient le courage d'enfreindre la défense du mari et de sortir seules. Il faut encore ajouter l'importance du temps perdu dans les consultations débordées et presque toujours tardives. Enfin quelquefois, il faut encore ajouter la répugnance à fréquenter les formations sanitaires où l'on parle rarement la langue du pays.

Les femmes indigènes acceptent difficilement l'hospitalisation en abandonnant leur foyer, et si dans les Hôpitaux, où elles sont soignées par du personnel masculin le contingent paraît assez élevé, un examen attentif permet d'y découvrir de très vieilles femmes qui n'ont plus à redouter la jalousie de l'époux ou des filles de joie qui n'ont plus à sauvegarder leur réputation.

Très rares sont les jeunes femmes de milieu honnête qui acceptent l'hospitalisation et fréquents sont les cas de nouveaux-nés qui perdent la vue à domicile, par opthalmie gonococcique

parce que leurs mères ont refusé l'hospitalisation dans les Maternités.

La Clinique indigène d'Alger a fait l'essai d'un Service Ophtalmologique pourvu de tout l'outillage nécessaire. Une femme médecin, ancien Chef de la Clinique Ophtalmologique de la Faculté en assure le service. Des opérations importantes y sont pratiquées couramment, et le nombre des malades augmente tous les jours.

A Tunis un poste d'oculiste des prisons est réservé à une femme.

Au Maroc, à Mazagan, une femme médecin occupe un poste d'Ophthalmologie.

CONCLUSIONS

Dans tous les pays exotiques dont nous nous sommes occupés dans ce rapport, les populations musulmanes ont elles-mêmes tracé le rôle de la femme médecin.

Dans tous les milieux sociaux, dans les villes comme dans les campagnes, dans le peuple comme dans les harems les plus claustrés, la femme médecin a pu pénétrer facilement, et jouir d'une très grande considération. Considération due en premier lieu à son rôle de médecin, toujours écoutée et souvent très aimée dans nos pays, mais due surtout à sa qualité de femme. Pour peu qu'elle s'en donne la peine, si la femme médecin parle la langue des populations qui l'entourent, elle en devient vite la conseillère et même l'amie.

En Algérie, en Tunisie, au Maroc, en Egypte il nous faut considérer au point de vue des services rendus, et des modifications à apporter aux rôles des femmes médecins, les populations des villes et celles des campagnes.

Dans les premières le rôle des femmes médecins est établi et il ne s'agit que de l'intensifier, mais pour les populations rurales le programme est encore entièrement à tracer.

Il nous paraît évident qu'en raison des mœurs et des coutumes, l'assistance médicale pour les femmes et les enfants doit être entièrement confiée à des femmes médecins.

L'exemple des maternités marocaines montre les résultats que l'on est en droit d'attendre de pareilles institutions.

Si au Maroc la Direction de l'Assistance publique est confiée à un médecin, il n'en est pas de même en Algérie, où les femmes médecins ont eu à lutter pendant de nombreuses années contre un esprit d'indifférence et même d'hostilité qui a empêché l'essor des formations médicales féminines. Actuellement il n'en est plus de même, mais les femmes-médecins chargées des Cliniques indigènes attendent encore la notification de l'augmentation de l'indemnité qui leur est allouée, alors que celles des confrères masculins ont été revisées depuis de nombreuses années.

Il nous semble possible de conclure ainsi notre rapport.

Le rôle de la femme médecin est partout établi. Les services rendus par elles le seront en raison de sa valeur professionnelle, de son travail et de son dévouement.

Pour lutter efficacement contre la mortalité élevée des femmes en couches, il faudrait créer dans tous les pays exotiques des Maternités analogues aux Maternités Marocaines à proximité des agglomérations indigènes. Ces Maternités se chargeraient de la surveillance des Kablas en attendant que des sages-femmes puissent assurer le service et le contrôle des femmes en couches. Il faudrait créer dans les Maternités importantes, ainsi que dans les Cliniques importantes, des Ecoles d'infirmières indigènes afin de donner aux praticiennes chargées des différents services des aides au courant des mœurs et des coutumes du pays.

Il faudrait multiplier les Cliniques pour les femmes et les enfants où toutes les affections pourraient être traitées.

Il faudrait créer des centres d'assistance oculaire, toujours dirigés par des femmes médecins et possèdant un outillage complet pour permettre d'intervenir chirurgicalement dans les cas très fréquents de trichiasis, de glaucome et même de cataracte qu'il faut traiter sur place sous peine de les condamner à l'incurabilité.

Mais ce qu'il faut surtout obtenir pour que ces œuvres réussissent, c'est que les Administrations dont ces formations dépendront assurent aux femmes médecins qui les dirigeront un traitement qui leur permette une existence normale.

Tant que des indemnités insuffisantes seront attachées à ces œuvres d'assistance, il est matériellement impossible qu'elles puissent prospérer et rendre les services que l'on est en droit d'attendre d'elles.

Ce rapport est basé sur mon expérience et sur mes observations personnelles et sur les renseignements qu'ont bien voulu m'envoyer Mesdames les Docteurs :

LEGEY,	Marrakech.
NICOLLE,	Tunisie.
BLOT,	Indo-Chine.
MICHEL,	Guadeloupe.
THAMSEN,	Egypte.
HALASZ,	Libérie.

REPORT

ON

Legal Protection of Women Workers

BY

Dr. ADLER-HERZMARK

Government Medical Inspector Of Factories in Vienna
Rapporteur Général (Austria)

When the honourable task was conferred upon me to speak before this audience about the question of legal protection of women workers, my first work was to colloborate in the establishment of a questionnaire. In the first place, I should like to express my heartfelt thanks to all my colleagues who, in reply to this questionnaire, have sent in such detailed and interesting information ; thanks to them I have learned a great many new facts of the greatest importance which have rendered the elaboration of my report much easier. Unfortunately I could give only short résumés of these splendid accounts and even in these résumés I was bound to omit many important things, in order to obtain a succint report.

I should like to make a comparative study of the different status of legal protection of women in English and Germans peaking countries from where such interesting data was received ; on the other hand, it seems to be very important also to have a comprehensive view of each country separately as far as legal measures go. Lack of time makes it impossible, unfortunately, to report in detail the history of legislative measures about which some of our colleagues have so interestingly reported.

My exposé will commence with :

ENGLAND

The oldest industrial country. At the same time I should like to emphasize however, that the order in which I am going to report on the different countries is in no way influenced by their

importance ; this would in any case be impossible, inasmuch as the succession of countries on which there are reports available, must be arranged in one way or another.

In *England* the employment of women workers *by night*, that is to say from 10 p. m. to 5 a. m. is forbidden ; only in special cases of « force majeure » or where the work has to do with raw materials which are to be preserved from deterioration, women may be admitted to work in a night shift. In industrial undertakings influenced by the seasons, such as preserves or sugar factories, in the building trade, the night period may be reduced to 10 hours during a maximum period of 60 days per year. This means that the woman's working period may be increased from 8 to 10 or 12 hours daily and that the interval representing the period of rest during the night may thus be cut down accordingly. The Act regulating that women are not allowed to work between 10 p. m. and 5 a. m. is to be understood that when there is a work division of three shifts, women cannot be enrolled in the shift working from 10 p. m. to 5 a. m.

In 1908 a committee consisting of manufacturers and workmen was appointed to advise about injuries occasioned by lead and dusts. Deliberations of this Committee resulted in very important effects on hygiene : amongst others, women were excluded from handling lead, as it had been observed that lead work had a most harmful influence on pregnant women and that there was a tendency of lead poisoning becoming hereditary. The Women, Young Persons and Children Act of 1920 regulates the employment of women in industries or trades injurious to their health.

Women inspectors were already appointed in 1895 ; in 1920 a woman physician was appointed who supervises the application of these regulations.

In England the employment of women is prohibited in brass casting, in lubricating electric accumulators, in mixing or incorporating dry compounds of lead with rubber, in lead smelting, in work at furnaces where the reduction of zinc or lead ores is carried on - in any and all processes involving the use of lead compounds where dust or fume is produced, or where the persons employed are liable to be splashed with any lead compound such as for example enamelling of pottery, manufacturing of solder or alloys containing more than 10 % of lead.

General regulations provide for the following measures to ensure protection and prevention of industrial diseases : suitable cloak-rooms and washing accomodations, special mess-rooms, adequate protective clothing and maintenance in clean condition thereof, regular medical examinations of workers in industries where lead, mercury, arsenic and phosphorus are handled, in cases where there is exposure to anthrax, ankylostomiasis or silicosis through specially harmful dusts.

There exists no special regulation requiring medical examinations of workers before entering work in lead industries. The Workmen's Compensation Act (1925) provides for all cases of poisoning through lead, mercury, arsenic and phosphorus, as well as of anthrax, to be reported to the Chief Inspector of Factories. There are 30 industrial diseases listed as carrying compulsory compensation. There are no special industrial diseases of women workers only. A special mention with regard to its frequency is made in the English report of sugar dermatitis of the hands of women employed in the Biscuit Trade and known as « sugar rash ». The reports of sickness insurance mention in general more incidence of illness among women than among men.

As a special chapter of the protection of women, the lifting and carrying of weights has been regulated in England so as to conform to the Factories Bill of 1926, according to which women or young persons shall not lift, carry or move any load so heavy as to be likely to cause injury to such women or young persons. Investigations of the Industrial Fatigue Research Board brought forth that the most economic load appears to be about 35 % of the body weight and that a load of about forty-five pounds would appear to be the best for continuous carriage. Besides the Secretary of State may issue special orders as to maximum weights.

Since 1901 the English Factories and Workshops Act states that no owner of a factory or a workshop shall knowingly allow a woman to work therein within four weeks after her confinement. A pregnant woman can only quit her work under the terms of her working contract - i. e. if she is engaged by the week, she must give a week's notice. She receives no indemnity, there exist no special measures facilitating the nursing of children nor special premiums for breast feeding. During the war, day nurseries and creches were established in connection with munition factories, without however affording special facilities to mothers for feeding their babies. It is further reported that women in England normally leave their work as soon as the pregnancy becomes apparent. I should like to point out that it seems doubtful that such is still the case under the changed economical conditions. It is also reported that during the war pregnant women left their work only because of their appearance and not on account of their health ; work did them no harm, nor did it to their children.

Generally speaking married women do not resume work after their confinement. If a woman does return to work after the legal rest period of four weeks, she is made to understand clearly that her family life must not interfere with her work.

Maternity insurance is in force in England for the wife of an insured worker as well as for women carrying a personal insurance - that is to say, that if a woman is married and carries an insurance of her own she is entitled to maternity benefit in respect of her own

insurance in addition to any maternity benefit payable in respect of her husband's insurance. If her husband is not insured, she is entitled to two maternity benefits by virtue of her own insurance. It is assumed that this represents merely an assistance for the impending confinement. No legislative measures provide for allowances for sickness or disablement during the four weeks following confinement. Assistance for needy working mothers may be given by town Councils of their own accord. There are no legislative measures providing that less tiring work be given to pregnant women.

The English reporter recommends that maternity protection be developped but does not require prohibition to work prior to confinement ; another recommendation looks towards the increase of maternities, day nurseries and creches, as well as towards the extension of ante-natal clinics.

Generally speaking women workers in England are not organised, but the cotton workers join the trade unions in the semi-skilled trades ; they show little inclination to belong to protective associations as their work usually ceases on marriage. Here again it may be assumed that this happy state of affairs has probably changed somewhat under existing circumstances.

Knowledge of hygiene among women workers is certainly insufficient ; some elementary hygiene is taught in council schools, but there is no special instruction as far as industrial hygiene goes.

The existing Research Board on Industrial Medicine publishes a report which is accessible to all doctors interested in this special branch of medical science, as a means of special instruction.

Industrial medical consultations are compulsory in certain specific industries and for persons unders 16 years of age only. The following figures may be of interest : of a total of 344.366 persons examined in 1929, 4.691.were rejected for medical reasons - 10,776 obtained a medical certificate under certain conditions or with special advice.

INDIA

In British India the Indian Factories Act prohibits work after 7 p. m. and before 5. 30 a. m. On account of exposure to accidents, women workers must not be employed in cleaning engines or machines moved by steam, water or electricity. The employment of women workers in cotton pressing is forbidden when there are engines in motion. It is interesting to note that more than 50 % of the accidents among women workers are due to their unsuitable clothing (loose dresses).

On account of exposure to poisoning, the Act prohibits the employment of women in the following processes : work at fur-

naces where the reduction of lead and zinc is carried on, manipulation of ashes containing lead, manufacturing of solder or alloys containing more than 10 % of lead, manufacturing of oxide or any other compounds of lead, work in connection with e ectric accumulators.

No restrictions are enforced with regard to work injurious to health which is carried on in the homes.

The Indian Mining Act gives power to the Governor General in Council to restrict or prohibit employment of women for work underground or any other work which may be dangerous to health or life. As a matter of fact the employment of women workers underground is permissible only on written authorisation of the Chief Inspector. Such licenses may be granted only until the year 1939 In any case such work must be performed only during six days of the week with a maximum of 60 hours per week for work above ground, and 54 hours per week for work underground. De facto underground work is limited to 46 hours per week for men and to 40 hours for women. The Mining Act recognized the following as industrial diseases entitling to indemnity : Anthrax - lead poisoning - phosphorus poisoning.

The Indian Factory Compensation Act applies to certain categories of undertakings only.

Women employed in lead factories must undergo regular physical examinations. The Government of Bengal has issued special regulations for these examinations.

Recommendations look towards the employment of Women Inspectors in British India.

There exists no special legal maternity protection for India as a whole. The Bombay Presidency and Central Provinces are governed by an Act according to which no owner of a factory or a workshop shall knowingly employ a woman four weeks prior to her confinement - no woman is allowed to work in a factory within four weeks following her confinement. Maximum fines for transgression amount to 500 Rs. for the employer and 10 Rs. for the employee. Women cannot be dismissed within the legal rest period of eight weeks, if they have informed their employer of their wish to take advantage of the legal provision. Employers having to pay for maternity assistance, women workers are not in favour. Time from work for nursing is provided, but no premiums for breast feeding are available. The State does nothing in the way of Maternity Protection beyond admission to maternity hospitals for confinement - recourse to which is however very seldom taken because the number of hospitals is notoriously insufficient. The reporter expresses the opinion that work right up to confinement, and very soon afterwards, may be prejudicious to the child, but not to the mother.

Knowledge of hygiene amongst women is practically non-existent.

Corporative industrial organisation of workers is in the beginning - there are 181.000 organised workers, only 3.800 of whom are women.

UNITED STATES OF AMERICA

In a study referring to legislative measures in connection with night work, Hopkins reports in 1928 as follows : Legal prohibition of night work for women is actually enforced in only one third of the United States but even in these sixteen States legislative measures are far from being complete ; in several States night work is not prohibited but only restricted. During periods of industrial depression night shifts are regularly conducted in order to adjust depression ; women night workers are working over 10 hours in some instances, over 11 hours in some others. Many of the women night workers are very young and unmarried. In the Southern States they are mostly born Americans, in States where immigration is extensive many of them are immigrated women of white race. While wages for male night workers are slighty superior to wages for day workers, night salary for women shows a tendency to fall below day wages for male workers. The hardship of night work is unnecessarily increased by lack of rest and insufficient provision of seats. Illegal overtime is also performed. Medical findings reported in Hopkins Bulletin mention injury to power of vision, special fatigue, higher morbidity and increased frequency of accidents.

The diversity in legislation is especially great when it comes to injurious trades for women workers, e. g. mining as occupation for women is prohibited in 18 States, work in quarries is prohibited in Arizona, New York, Ohio, Oklohama and Wisconsin, work in coke ovens is forbidden only in Colorado, work in smelters is forbidden in Ohio and Utah. Legislative measures regarding the work of women in core rooms exist in the States of Massachusetts, Minnesota, New York, Ohio and Pennsylvania ; Minnesota and New York prohibit the making and handling of cores the weight of which exceeds 25 English pounds ; a similar restriction in Ohio and Pennsylvania limits the maximum weight to 15 lbs. Worh on certain kinds of moving abrasives is forbidden in New York and Ohio. In New York, Ohio and Pennsylvania women workers are not permitted to work in rooms where there is a temperature of more than 110° Fahrenheit.

Work in the manufacture of nitro-and amido compounds and the handling of any dry substance or dry compound containing lead in excess of 2 % is prohibited in New Jersey and Pennsylvania.

Pennsylvania also prohibits the employment of women workers in the manufacture of explosives, in acetylene or electric welding or burning, as well as in the operating of cranes.

Some sort of regulation of industrial home work exists in 14 States. The employer is required to send in to the authorities a list of persons to whom he is giving home work. In some of these States a license must be obtained by the employer to give out home work; some States even require the worker to get a permit for accepting such work. Regulations also set special standards with regard to ventilation, lighting and minimum dimensions of the room used as work room by the employee.

An equally wide diversity exists between the various States as regards measures for prevention of industrial diseases. Several States require medical examinations for seasonal workers, some for lead workers, others for trades in which the handling of brass, antimony, arsenic, copper, mercury and lead is involved.

A statistic made in The White Ware Potteries of East Liverpool brought forth the following figures:

of a total of 480 male workers, 31 suffered from lead poisoning.

of a total of 135 women workers, 25 suffered from lead poisoning.

of a total of 85 male dippers, there were 13 cases of lead poisoning.

of a total of 41 women dipper helpers, there were 14 cases of lead poisoning.

This proportion was found for a far shorter period of employment for the women workers, as compared with men. American physicians state that proof has been given of the injurious effect of lead poisoning on the child-bearing function and on the number of living children born. Professor Alice Hamilton states that women suffer more from nervous symptoms than do men, in factories where the air is gas contaminated, also that while slight carbon-monoxide poisoning may produce no striking symptons on the mother, still it may be strong enough to kill the child. In general women seem to be more susceptible than men to skin diseases occasioned by work with nickel, this susceptibility is aggravated in work with cleaning agents. Professor Hamilton also states that young workers of both sexes are more susceptible to lead poisoning than adult workers.

Studies on industrial accidents show an important difference between young women and male workers; during the year ending June 30, 1925, 9 % of all accidents to males, 23 % of those to women, were suffered by minors.

General regulations prohibiting the employment of women for lifting, moving and carrying of heavy weights, exist in five States only-California, Ohio, Pennsylvania, Massachusetts, Washington.

California fixes the maximum weight at 50 lbs., Massachusetts at 75 lbs.

In 44 of the 48 States some form of accident insurance is in force, some of these States include occupational diseases in this insurance.

A still wider and almost boundless diversity exists in the United States as regards legislative measures for maternity protection, this notwithstanding the very small number of States which possess some such regulations. This diversity applies to the kind of industries and occupations governed by these regulations, as well as to the length of time for which leave of absence is granted. In seven States only, Connecticut, Massachusetts, Missouri, New York, Vermont, Washington and Philippina, does the extent of such leave of absence vary from 2 weeks to 4 months before confinement and from 3 to 6 weeks after confinement. No State has maternity insurance applicable to the period of pregnancy. In 44 States needy mothers receive public assistance for the purpose of enabling them to remain at home after confinement ; in 29 of these 44 States responsibility for this assistance is left entirely to localities. In the remaining 15 States the law provides State money in proportion to appropriations made by localities - with the exception of two States, where the entire expense for help during pregnancy or childbirth is paid by the State.

Statistics on live births available only for 6 States, refer exclusively to deliveries in hospitals and institutions, so that they are of no avail for this study. A study undertaken by the United States Children's Bureau brought out the following facts : in a study of 22,967 live births it was found that where the mother was employed away from home (in which case she had the care of the home in addition to her paid occupation) the infant mortality rate was 176,1
where the mother was employed at home it was..............114,6
where the mother was not employed in paid work it was......98,0

The wishes of American women doctors with regard to Maternity protection may be summarized as follows : Measures for maternity protection to be extended in those States having them and to be initiated in those States not having them, especially to the extent that women be granted leave of absence at childbirth and that dismissal during such leave of absence period be prohibited. In addition some system of insurance should be instituted to cover this contingency.

With regard to labour organisations it is reported that women in the United States happen to be working in the largest proportion precisely in those occupational divisions that are notoriously weak in labour organisation even amongst men. In 1920, more than 60 % of the women engaged in industry were employed in trade, domestic and personal service and clerical occupations ; but less than 25 % of the male working population were in the same groups.

Further, mining and building, two strongholds of labour organisation among men, are industries in which women play no part. The census of 1920 reported about 8,500,000 women occupied in paid work, less than 5 % of whom were members of trade organisations. The proportion of organised women is quite high in some special industrial divisions as in the manufacture of clothing for instance, where it amounts to 46.0 % or in the leather industry where it reaches 42.6 %, contrarily to iron and steel works where it remains on a very low level - 0.7 %.

CANADA

The Factories Law of British Columbia, according to which employment of women from 8 p. m. to 7 a. m. is forbidden, has not yet been promulgated. In Manitoba women are not allowed to work from 10 p. m. to 7 a. m., in New Brunswick from 10.30 p. m. to 6 a. m. Preserve factories do not fall under this law. Work at night is prohibited in Nova Scotia from 9 p. m. to 6 a. m., exceptions are made for preserve factories for 20 days during the period included between July and October. Ontario prohibits the employment of women at night from 6. 30 p. m. to 6 a. m.; in case of need women may be allowed to work until 9 p. m. Quebec prohibits night work from 9 p. m. to 6 a. m. and from 6.30 p. m. to 7 a. m. in cotton and wool trades. In Alberta license for work at night may be secured from the Inspector, in Saskatchewan work must be terminated at 6.30 p. m., permission for work to be carried on until 10 p. m. may be obtained in special cases. Regulations exist in all provinces, New Brunswick excepted, according to which the Inspector may prohibit women to eat in the work room; in Quebec this prescription applies to all types of work. Employers must provide messrooms for women workers in Alberta, British Columbia, Manitoba, Nova Scota and Saskatchewan. Seats with backs are required for women doing sedentary work in Quebec, Ontario and Alberta. Ontario possesses a regulation providing cloak and mess-rooms as well as a supervisor in undertakings where the number of women workers employed is above 35; exceptions may be made by the inspector. Regulations regarding hair-dressing and hair nets exist in several provinces. Women must not be employed in belt-gearing in Quebec, their employment in handling automatic machines with fixed and moving parts is forbidden in New Brunswick, Manitoba, British Columbia and Saskatchewan. Quebec and Saskatchewan prohibit the employment of women in mining, British Columbia in mining work underground. Seats are to be provided for saleswomen in shops.

Legislative measures for maternity protection in British Columbia conform to the proposed agreement of the international

Labour Conference of Washington, 1919, i. e. the period of rest extends over six weeks before and six weeks after confinement — women cannot be dismissed during this period, if a medical certificate has been produced. An interval for breastfeeding of half an hour is granted twice a day. In 1920 a resolution was enacted in Saskatchewan according to which a maximum amount of $ 5.00 must be paid upon request by the Public Health office as a contribution towards medicine, hospital and nursing expenses ; this regulation does not apply to urban centres, but to surrounding districts only. In six Canadian provinces, New Brunswick, Nova Scotia, British Columbia, Manitoba, Ontario and Saskatchewan, legal measure sprovide for assistance from the state to needy mothers. To take advantage of this provision, British citizenship as well as residence in the country for a certain length of time are required ; in Manitoba these requirements do not prevail.

Women employed in the clothing and printing trades are the only organized workers.

NEW ZEALAND

In New Zealand women are not allowed to work from 6 p.m. to 8 a.m. Overtime must not be made beyond 120 hours yearly, not more than three hours a day and on two consecutive days only.

No women must be employed in any process where handling of lead is involved. No girl under 15 years must be employed as typesetter, girls under 16 years of age must not be employed in grinding works nor in workrooms where grinding is being carried on, nor where matches are being manufactured, nor where tiles are being manufactured or dispatched nor where salt is produced. No girl under 18 years of age must be employed in a room where glass is melted, where quicksilvering of mirrors is performed. Girls under 18 years of age must not be employed more than two hours daily in manufactures where white lead is involved, or in bronzing with metallic powders.

There are no legislative measures providing for medical examinations. Special regulations provide for working-clothes, milk supply, meal rooms, first aid, etc. Seats are to be provided for saleswomen. Spinning works are governed by special regulations. Industrial diseases entitling to indemnity are listed as follows : Anthrax, silicosis and lead poisoning.

Regulations for maternity protection prohibit employment of women four weeks after confinement. Cases of pregnancy among women factory workers are rare. This is probably due to the fact that most of the women workers are young girls who quit their work when they become pregnant, hence the more detailed regulations of working conditions for young girls.

Knowledge in matters of hygiene is rather widespread as special instruction is given in boarding schools, in tradeschools and through Newspapers. The Association of Intellectual Women is also making it a special point to instruct women workers on Hygiene.

Generally speaking women workers belong to their respective corporative associations.

It appears that New Zealand does not possess extensive industrial activities, hence there is not the necessity for protective measures to the same extent as in other countries.

JAPAN

The Factories Law prohibits the work of women at night from 10 p. m. to 5 a.m. as from July lst, 1929. Under special permission from the authorities, work may be continued until 11 p.m. In mining work this regulation will not come into effect before 1933. Women may be employed in the sorting of coal aboveground until 12 p.m.

The following regulations are of importance in connection with trades injurious to health. The Factories Law provides that women must not be employed in cleaning and lubircating dangerous parts of machines when in motion, nor may they be employed in repairs of such parts of machines. The employment of women is equally prohibited in connection with belt-gearing or any other work which might be harmful to their health. The Factories Law applies to industries where at least ten workers are employed, but it is applicable also to workshops where dangerous or injurious trades are carried on.

No protection whatever is provided for home work.

No special provision is made for compensation in case of industrial disease but in case of physical derangement due to injurious trades, the employer is compelled to grant assistance to the injured worker. In this respect the following figures are available:

Assistance was given in *factories*

in 1928....to 1114 male workers and to 493 women workers.
in 1929....to 343 — — 455 —

Assistance was given in *mining works*

in 1928....to 82 men and to 4 women.
in 1929....to 51 — 24 —

There are no special regulations providing for medical examinations at regular intervals for workers engaged in dangerous or

injurious trades. Executive directions added to the Factories Law state for all industries that no one should be allowed to work where there is danger of infection or where too hard work might result in deterioration of health.

The Inspector of Factories has power to request medical examination for apprentice and adult workers. For women workers who are accommodated in dormitories, physical examination is required at least twice a year. A report is submitted every three years regarding the state of health of these women.

Special provisions regarding maternity protection are also contained in the Factories Law. Employers must not allow women to work four weeks before their confinement or six weeks thereafter, unless a woman goes in for special work which is not considered harmful by the doctor, after four weeks. These regulations are also applicable to mining works. According to health insurance provisions, an expectant mother receives assistance up to 60 % of her wages, during four weeks prior to her confinement (an extension of seven days may be obtained). Nursing mothers can obtain intervals of 30 minutes twice a day for breastfeeding. Pregnant women perform only house work when leaving their factory work.

The following figures for deliveries are available in the report of the Health Insurance Union :

1927....17,684 births of which 124 in hospitals.
1928....17,582 — — 149 —

The government report gives the following figures :

1927....30,102 births of which 28 in hospitals.
1928....33,736 — — 40 —

There is no general maternity insurance in force. Poor women receive hospital care. Less tiring work for pregnant women can be obtained only by agreement with the employer.

Very few women belong to organised corporative associations.

Knowledge of hygiene is developing with compulsory schooling and social education. An official School of Hygiene with special courses in Industrial Medicine is planned. Besides private Factory physicians, official industrial health officers are appointed in Japan.

I am now going to proceed with the description of European countries. England, the oldest industrial country, having been dealt with in the beginning of this exposé, I still have to report on Hungary, Holland, Germany and Austria.

HUNGARY

Since the promulgation of the Law of 1928 and the Ministerial Decree of 1930 work at night for women workers is prohibited from 10 p.m. to 5 a.m. Exceptions to a certain extent are made in the case of inns, restaurants, hotels, boarding-houses, cafés, dairy-farms, tea-shops and the like.

The same law prohibits in general employment of women workers in trades injurious to health. No limitations exist with regard to home work. In agricultural undertakings women must not be employed in filling thrashing machines. Special regulations are enforced for factories in which lead is manipulated, but they are not exclusively applicable to women workers. Provisions are made for medical examinations prior to engagement in dangerous trades, but no periodical medical examinations are legally instituted — nor are there special directions provided as regards medical examinations. The appointment of a woman doctor as industrial inspector is recommended. According to the law of 1928, medical examinations of apprentices under 17 years of age are carried on by the Institute of Sickness and Accident Insurance, prior to their engagement. In 1929, 12,000 apprentices have been examined of whom 66 % were absolutely healthy ; 58.7 % of the boys and 56 % of the girls had selected a career compatible with their state of health.

The following figures are given as regards industrial diseases : out of 44 cases of industrial diseases declared in 1928, 36 were lead poisoning, 2 mercury poisoning, 1 anthrax and 5 others. Amongst these incidences of illness there was but one woman with mercury poisoning. 79 cases of industrial diseases were declared in 1930, among whom there was no woman. In addition it is reported that among seamstresses, teachers, telephonists and saleswomen 10 to 13 % suffered from menstruation troubles and leucorrhea while such incidences were reduced to 0.4 % in the case of agricultural workers and to 0.52 % for domestic employees. In the case of agricultural workers very serious cases of prolapse of the uterus were to be found, however.

The following are the industrial diseases requiring compulsory notification to authorities : lead poisoning, mercury poisoning, anthrax. Since 1927 obligation for payment of an indemnity exists in the following diseases : anthrax, glanders, foot and mouth diseases, swine erysipelas, vaccinia, scabies, poisoning by chemicals used in agricultural trades.

Maternity Protection : Since 1928, mothers are not allowed to work within six weeks after their confinement (in case of illness an extension of four additional weeks may be granted). A pregnant

woman may quit her work, if she produces a doctor's certificate stating that her confinement is to be expected within six weeks, or expressing fears of a premature confinement. The Sickness Insurance provides for medicine, obstetrical assistance and medical treatment, for full or average salary (as the case may be) during the last six weeks preceding delivery and during four weeks after confinement, also for breast feeding premiums during an additional period of 12 weeks. Free time for nursing babies is granted ; day nurseries have been installed by large concerns on their own initiative. In Budapest and larger towns of Hungary up to 30 % of women are confined in their own homes ; agricultural workers are confined exclusively in their own homes.

A special wish of Hungarian women doctors is that there should be protection and assistance for intellectual women workers : business women, teachers of languages, chemists, authors, etc. For women working in industrial undertakings, less tiring work without reduction of salary should be obtained during their pregnancy.

Public instruction in hygiene is very weak. In primary schools questions of hygiene are hardly touched — in the fourth class of the Burgerschule, two hours weekly are devoted to hygiene — in tradeschools for women one hour weekly. No hygiene is taught in Schools for Apprentices, beyond a few occasional conferences. The Hungarian Association of Medical Women gives conferences on hygiene for women workers. It has also presented a resolution to the effect that in the projected reform of medical education industrial pathology be included.

Voluntary professional consultations have been initiated in several institutions such as the State Working Agency, the Metropo itan Psychotechnical Laboratory, etc. etc.

HOLLAND

Prohibition to employ women in work at night from 10 p.m. to 5 a.m. was established already in 1889, so that the resolution voted at Berne in 1906, fixing a rest period at night of 11 hours, could be introduced at once ; special permits must be obtained, however, for work from 8 to 10 p.m. and from 5 to 7 a.m. Exceptions to this rule are theaters, telephone offices and nursing institutions, where since 1929, a minimum rest period of eight hours is provided.

A Labour Law enforced in 1889, prohibits the employment of women in trades injurious to health, as for example industries where handling of white lead, chromic acid, mercury, cyanid, phosphorus, arsenic, zinc oxide or mercury chloride is involved. Work is equally forbidden in connection with dangerous machines,

with explosives, in rooms where the temperature is too high or where floors are constantly in wet condition ; licenses may however be obtained. The law provides also that young persons and women must not be employed in bearing, lifting, pushing and pulling loads which obviously, or according to the opinion of the district authorities, are too heavy or may be harmful to their health.

Home work is not ruled by law, either in Holland or in its colonies.

The following regulations apply to the Dutch colonies since 1925 : General prohibition of work at night for women in factories and workshops from 10 p.m. to 5 a.m. Exceptions are made for fibre factories, tapioca mills, flower mills, oil mills, sugar mills, salt works and rice mills, tea and coffee plantations, tobacco plantations, kapok factories and pyrotechnical factories. In case of need, the Director of the Labour Office for the Dutch Colonies may grant special license for night work also to other industries.

Home work in the colonies is unlimited, but authorities may in special cases edict prohibition.

Medical examinations previous to engagement are provided for women in Holland where there is exposure of the eyes, where there is vitiation of the air, in printing works, in letter foundries, in stereotype work and in flax combing. In all these cases examination must be repeated within two years. The Inspector of Labour is entitled to prohibit certain occupations on the results of these examinations. Instructions for medical examinations are available.

Accident insurance including industrial diseases is in force in Holland but not in its colonies. The Bill presented in Geneva in 1925, referring to compensation in industrial diseases, has been promulgated. As industrial diseases are listed :

Acute diseases : Tendovaginitis, sunstroke, formation of vesicles, heatstroke.

Chronic diseases : Mercury poisoning, anthrax, ankylostomiasis. This list will be revised shortly. In case of total disablement indemnities up to 70 % of the regular salary are paid.

With regard to Maternity protection it is reported that in Holland no woman is allowed to work within 8 weeks after her confinement ; the period during which she quits work immediately before her confinement is deducted from these eight weeks. Ailment after confinement is considered as illness and indemnity is paid by the State Insurance in such a case. Insurance premiums are paid half by the employer, half by the worker.

Time for breast feeding is legally provided. Rooms for nursing are prov ded by employers on their own initiative, but there are on.y very few of them. Premiums for breast feeding are not

paid. During the last years confinements in institutions have considerably increased. There is no provision for State assistance for confinement, but assistance is given very frequently by the Town Council or by private agencies. There exist no legal regulations providing that less tiring work be given to pregnant women. Extension of maternity protection is recommended especially as regards unmarried mothers.

There is little or no tendency for women workers to join in corporative organisations — women in the clothing trade are the only organised workers. It is especially pointed out that it would be impossible to induce domestic servants to organise themselves.

Knowledge of hygienic measures is practically non-existent. Primary schools give very little instruction along these lines. The National Womens Association has submitted a recommendation to this effect to the school administration in 1929. A so-called Industrial Hygiene course, only recently instituted, is given to doctors in Amsterdam.

Voluntary consultations with medical examination exist in several towns, but people of the middle and lower classes only are interested therein.

GERMANY

Legislative measures provide prohibition of work at night for women from 8 p.m. to 6 a.m. In undertakings working with two shifts, women may be employed until 10 p. m. if a rest period of 16 hours is guaranteed. The general minimum rest period amounts to 11 hours. These regulations are applicable only to firms employing ten workers or more, they do not include supervising personnel, nor do they apply to the following trades : horticulture, inns and restaurants or businesses connected with traffic of all kinds.

With reference to trades injurious to health, prohibition exists for lead works, ceruse factories, electric accumulator factories, zinc works, for work involving the use of chromic acid or bi-chromate of ammonium or sodium or their preparations, for grinding-works of scoriae, for glass factories, for work where women are exposed to inhalation of irritant dust, to high temperature, to carrying or lifting of heavy loads. Employment is prohibited in the transport of turnips, in work at furnaces, in iron and steel works, in trades where handling of harmful amido or nitro derivatives is involved. Special restrictive regulations are also applicable to cigar factories, to trades where manipulation of hair, bristles, wool, etc. is involved, to glass-blowing works, to quarries, to the rag trade, to brick and tile works.

The following restrictive measures apply to home work of women workers : prohibition exists for separating, cutting and sorting of rags, horsehair, bristles ; preparing tobacco for cigar manufacturing, for any process involving manipulation of celluloid ; pasting of rubber coats (this last prohibition is also applicable to home work of men.)

Periodical medical examinations are provided for women and men as follows :

every 6 months — for painters, whitewashers, varnishers,
once per month — in rubber factories,
once a month during the first year, in carbonic disulphide factories, every three months, after the first year.

Regulations provide for instruction regarding poisoning effects and posting of legislative measures. Directions for medical examinations are provided.

The list of industrial diseases, completed according to the Decree of February 11, 1929, includes the following diseases as liable to indemnity and obligatory declaration :

Diseases caused by lead or its preparations or compounds ;
Diseases caused by phosphorus or its preparations or compounds ;
Diseases caused by mercury or its preparations or compounds ;
Diseases caused by Arsenic or its preparations or compounds ;
Diseases caused by Manganese or substances containing manganese ;
Diseases caused by benzene or its homologues ;
Diseases caused by nitro or amido derivatives ;

These diseases are liable to indemnity only when contracted in works or undertakings falling under accident insurance.

Diseases caused by carbonic disulphide ;
— hydrogen sulphide ;
— carbonic oxide ;
— X-rays or other radioactive substances.

Chronic dermatitis or chronic relapses thereof due to: electroplating ;

Chronic dermatitis or chronic relapses thereof due to: exotic woods ;

Chronic dermatitis or chronic relapses thereof due to: soot, paraffin, tar, anthracene, pitch or similar substances ;

Diseases of muscles, bones or joints, due to work with compressed air machines.

Diseases of the respiratory organs and the lungs due to dust of scoriae grinding.

Works for grinding Scoriae.
Works for mixing Fertilisers —
Dispatching Concerns of Ground Scoriae.

Silicosis — in cases where silicosis is combined with tuberculosis of the lungs, tuberculosis counts for silicosis with regard to compensation.

a) Quarries where sandstone is extracted and handled.
b) Metal grinding works
c) Potteries
d) Mining works

Schneeberger Disease of the lungs : Ore-Mining Works of Schneeberg (Sachsen)

Defective hearing or deafness due to noise : Metal Manufactories

Cataract : Glass Factories — Iron works — Metal melting works

Ankylostomiasis : Mining works

Infectious Diseases : Hospitals, Nursing Institutions accepting people for care and cure, activities of public and private welfare, public health agencies, laboratories for medical research work and experiments in natural sciences.

According to the report of the Prussian Trade Inspectors, 2504 men and 275 women were recognised to be suffering from industrial diseases in 1920.

The report of the Trade Woman Doctor admits that women are more sensitive to poisoning from Benzene and its homologues, to lead poisoning and probably also to other forms of industrial poisoning. It is also pointed out that lifting and carrying of heavy loads may result in descensus, prolapse of the uterus and troubles of menstruation. There are no legal regulations with regard to lifting of maximum weights in Germany, but it is stated that the employment of women in the transportation of building material of all kinds is forb dden.

Maternity protection is enforced as follows : women must not be employed within six weeks following their confinement. No employer is allowed to dismiss a woman 6 weeks before or 6 weeks after her confinement, if he has been informed of her physical condition or if the worker notifies him thereof immediately upon receipt of dismissal. If at the end of this period, a woman is not well enough to resume work or suffers from illness as a consequence of her pregnancy or confinement, she can obtain extension of her leave of absence on presentation of a medical certificate ; such certificate should also indicate the length of time for which extension is requested, but in no case may this additional period exceed another six weeks. A pregnant woman who leaves her work before her confinement is entitled to assistance from sickness insurance or from the District or State Welfare department. Time-off from work, rooms for nursing and breast feeding premiums are provided. Notwithstanding legal measures, unmar-

ried women do not quit their work until very shortly before their confinement. Women do not take on other work during their legal period of rest. Maternity insurance is enforced through the Sickness insurance ; women who are not entitled to sickness insurance and who have no income, receive maternity assistance from the District or State Welfare organisations up to the amount paid by the sickness insurance.

Ministerial decrees provide for less tiring work to be given to pregnant women ; employers also take similar measures on their own initiative.

Recommendations for development of maternity protection include prolongation of leave of absence after confinement, increase of assistance during leave of absence, up to full average salary of preceding year. Short statistical data is provided as follows : In Hamburg, of a total of 560 births among industrial workers, 17.5 % of the women suffered from vomiting, fainting, swollen legs, varicose veins, pains in the back, heart and kidney affections — these however cannot be considered as injuries resulting from work — nor does the number of difficult confinements indicate any such harm. Work performed standing seems to occasion more trouble during the period of pregnancy, however the better development of the muscular apparatus of the pelvic floor which it ensures is very favorable to the work of delivery.

Industrial medical consultations are not compulsory, but a large number of towns have voluntary consultations which are frequently attended by women workers.

Knowledge of hygiene among women workers is insufficient. Instruction in general and industrial hygiene is only beginning; numerous conferences are given by doctors, educational films are also shown.

Doctors' interest in the hygiene of work and in industrial pathology is so slight that it has been impossible to introduce special courses on these subjects in high schools.

Reports received from Germany give no information with regard to corporative organisation of women workers.

AUSTRIA

Prohibition of night work for women, proclaimed on May 14th 1919, provides that women must not be employed from 8 p. m. to 5 a.m. and that the period of rest at night must extend over at least 11 consecutive hours. Where work is organised on the basis of several shifts, women may be allowed to work until 10 p.m. Exceptions may be made for women over 18 years, during a maximum of 8 consecutive days and a total of 24 days per year, when there has been an interruption of work which could not be foreseen

or when it is necessary to preserve raw material from deterioration. In the sugar trade (during the sugar campaign) women are allowed to work 12 hours ou tof 24, (the same regulation isa pplicable to the industry of alcohol), 4 hours being considered as overtime and paid accordingly. Exceptions are also permitted in inns, restaurants and hotels where girls of 14 years may be employed until 10 p.m. and girls of more than 16 years longer provided 9 hours rest at night is ensured. Further exceptions may be made and license granted by authorities after conferring with interested corporations. State, provincial and municipal services are also governed by these regulations, with the exception of transportation services, agricultural and forest administration, and mining which have their own particular regulations. In commercial trades, in offices and shops a period of rest of at least 12 consecutive hours is provided for regular and auxiliary workers ; a rest of 11 consecutive hours is provided in the retail food business. Offices and similar working places must be closed at 6 p.m. Saleshops must be closed from 7 p.m. to 5 a.m., food shops from 8 p.m. to 5 a.m. Exceptions are admitted in localities having less than 5.000 inhabitants, in summer resorts and generally speaking on certain holidays

Seats are to be provided for saleswomen.

On June 9th, 1924, the international agreement relating to night work for women was approved and promulgated.

Legal measures concerning restriction of work for women in industries injurious to health are partly included in the Trade Regulations of 1907. Young women under 18 years of age must not be employed as saleswomen in ambulant commercial business. The Minister of Commerce and in some cases the Minister of Social Welfare are entitled to designate industries in which the employment of women is forbidden or permitted on condition. The employment of young girls of 14 to 16 years is prohibited in the public construction of railroads or auxiliary constructions connected therewith. Over 16 years, they may be employed for easy occupations which have to be defined by the Minister of Railway and Transportation. In mining women must not be employed for work underground ; girls from 14 to 18 years may be employed aboveground in work which in no way may be detrimental to their physical development.

Girls from 14 to 18 years must not be employed in the manipulation of hides and skins, bones or other residues from animals involving danger of anthrax, or in manufacture where such raw material is utilised. Employment of women is restricted in lead work or any other process where dangerous dusts or fumes are emitted, so far as this work is ruled by trade regulations, e.g. lead and zinc works ; in factories where oxide of zinc is produced, where lead compounds or preparations or lead alloys are hand-

led ; in printers and lithographers workshops, in letter foundries, in painting, whitewashing and varnishing.

Four special regulations regarding lead work are worded as follows :

Regulation N° 183. — Applicable to lead and zinc works. Women must not be employed in rooms where the reduction of lead or zinc ores is carried on, where ashes containing lead are treated or reduced, where scrap lead is molten, where zinc ore is calcinated or lead ore melted, where oxide of lead or any other of its compounds and preparations are manufactured, sieved, stocked or packed up, where raw zinc or zinc residue is handled or zinc powder manipulated.

Regulation N° 184. — The employment of women is prohibited in any process where dust from lead compounds or harmful fumes are emitted.

Regulation N° 185. — Relating to Printers Workshops. Women must not be employed for the treadling of platen press, in the manufacture of type-metal containing lead, or in the manufacture of print and setting material, nor in cliché founding ; in work connected with line casting machines, setting machines and the like; in work where dry lead compounds are handled ; in bronzing with dry metallic powders ; in cleaning machines. Women must not be employed in any process where they are exposed to contacts with lead colours, such as cleaning crushing-cylinders, etc.

Regulation N° 186. — The employment of women is prohibited in cases where white lead or other lead preparations are contained in colours utilised in painting, whitewashing or varnishing trades.

Home work is restricted as follows : Processes involving handling of lead, lead compounds or preparations, mercury or mercury compounds containing more than 1 % of lead must not be given as home work. Home work dealing with the manufacture, handling and packing of celluloid goods must be declared to the Inspector of Trades. Home workers must be provided with printed directions. Austria is governed by a special law referring to home work, the enforcement of which is supervised by Women Trade Inspectors.

Since 1921 the Austrian accident insurance includes a certain number of industrial diseases, for workmen as well as employees, which are liable to indemnity and obligatory declaration. Under these regulations, foremen on a monthly salary basis are considered as employees. Diseases liable to indemnity are :

Diseases caused by lead and its compounds ;
— — chromic acid and its preparations ;
— — arsenic and its compounds ;
— — mercury and its compounds ;
— — phosphorus and its compounds ;

— — benzene and its homologues ;
— — nitro and amido derivatives ;
— — carbonic oxide ;
— — hydrogen sulphide ;
— — soot, tar, pitch, paraffin, anthracene and similar substances ;

Diseases caused by X-rays or similar radioactive substances.

Infectious diseases contracted in scientific institutions, laboratories, hospitals, etc, etc.

Anthrax and glanders ;

Cataract in glasswork.

Need for extension of this list, at least to the extent of the German list of industrial diseases, has resulted in the presentation of a bill. Because of the short time since the notification of industrial diseases was enforced, detailed statistics are not available.

Figures contained in most recent reports of Trade Inspectors (especially in my own report as District Medical Officer of the Trade Inspection) prove that, as in Germany, 3/4 of the industrial diseases in Austria are due to lead poisoning — there are however very few women suffering from this disease since lead work is almost completely prohibited for women. The important proportion of industrial dermatitis particularly mentioned in English reports can also be confirmed for Austria. As however there exists no compensation for this special type of industrial disease, it is impossible to obtain accurate statistics. As regards the special susceptibility of women to poisoning by benzene and its homologues, which is equally emphasised in English and German reports, we have had some specially sad experiences in Austria. In an undertaking where, it is true, working conditions were most unfavourable, 40 women workers out of 60 (age from 20 to 40 years) were taken ill within two months after very short periods of work, three weeks in some cases, and five of these illnesses were fatal. A project for a Ministerial Decree has been elaborated and we hope that its enforcement will save women from this specially dangerous poisoning in the future. A quite considerable number of slight mercury poisoning was also observed among women workers employed in the manufacture of electric lamps.

Periodical medical examinations are compulsory for workers in lead works (according to special directions regulating this trade) ; when medical examination prior to engagement is provided in lead works where women are employed, periodical examinations are carried on every three months. Examinations by district officers of health are obligatory only for baker and confectioner apprentices.

Maternity protection is enforced in Austria and covers agricultural workers, industrial workers, employees, actresses, and

journalists. I am mentioning only the following provisions : industrial workers must not be employed in regular work within 6 weeks following confinement ; before confinement they may obtain six weeks leave of absence on presentation of a medical certificate. During these 12 weeks women cannot be dismissed. Compensation for salary is provided by the Sickness Insurance up to 80 % for lower salary grades and up to 70 % for higher salary grades. Premiums for sickness insurance are covered as follows : 2/3 are deducted from the workers salary — 1/3 is paid by the employer — the total premium for accident insurance is paid by the employer.

There are no legal measures providing that less tiring work be given to pregnant women in industrial trades. In mining works easy work only is to be given to pregnant women ; after confinement women are prohibited to work within six weeks. Advanced pregnant women are not allowed to perform work on ladders and scaffolds in constructive business nor are they allowed to work in quarries. In agriculture no employer is entitled to employ pregnant women in dangerous work ; women are not allowed to work within six weeks after confinement, unless there is special permission from the doctor to perform easy work after four weeks.

Employees are entitled to full compensation during six weeks after confinement. On presentation of a doctor's certificate they may quit work six weeks before confinement. Employees are entitled to assistance on the rate of sickness insurance, if they do not receive full compensation. If their working engagement is cancelled during the twelve weeks foreseen as leave of absence, any such cancellation shall not be in force until eight weeks after confinement. During pregnancy, actresses and singers are entitled to full terms under permanent engagement for six weeks, to half terms for another six weeks and to half terms equally during six weeks following confinement, when they are not allowed to work. Time for notice cannot count during this period.

Women workers and employees who are nursing their babies are entitled to breast feeding premiums, amounting to half the sum available by sickness insurance, during 12 weeks after confinement. On request, intervals of half an hour must be given twice daily. This regulation however is of little avail, since rooms for nursing are not compulsory ; certain employers provide facilities in this respect on their own initiative. The city of Vienna provides complete layettes for mothers, and sends them gratuitously to their homes by social workers.

There are no compulsory medical consultations ; voluntary consultations including medical examination are carried on by the City of Vienna and several other towns. Vienna has appointed an Eye specialist for industrial consultations. Figures of the 1930 report of the Bureau for Professional Consultation of the City of Vienna may be cited as follows : Physical examinations were made

in the case of 5,716 boys and 3,669 girls between the ages of 13 3/4 and 16 years. Tuberculosis is not frequent. Distinctly weak constitutions are more frequent amongst boys than amongst girls ; 39 boys and 8 girls weighed less than 30 kgs. Pupils from Middleschool (who are not descendants of the working class) are generally speaking taller and heavier than the average pupil of elementary and primary schools but pupils of auxiliary schools (for backward children) are below the average of primary schools with regard to height and weight. Close cooperation is maintained between the Bureau for Professional Consultation, the school health officers and the school authorities.

Corporative organisation of women workers is quite strong in Austria, there being 513,087 organised male workers and 142,117 organised women workers at the end of the year 1930. The number of men and women joining national or christian trade organisations is comparatively low. A large proportion of women workers are married ; before the war already the rate of married women amongst industrial workers reached 45 %. The present situation does not permit women to quit their work when they marry.

I have tried to give a short resumé of conditions prevailing with regard to the legal protection of women workers in countries which were to be included in my report. It would seem useful to emphasize, on the basis of the international material available, some points of importance when it comes to the criticism of legal protection of women workers. As regards the state of legislation in the countries dealt with, there exists of course the widest diversity. Nevertheless, the same leading ideas are obvious, and they appear invariably because harms resulting from industrial occupation under similar proletarian living conditions and the special illtreatment of women workers with regard to salary and additional domestic burden are practically the same everywhere. A marked tendency to emphasize maternity protection is generally evidenced. In this connection I should like to point out that in fact any general protection of women workers should be considered as maternity protection and that in this special point lies its most significant social justification. It applies to women who are future mothers and who must keep their body fit for this task, or it applies to women who are in the midst of their maternal function, pregnant women, lying-in women or nursing mothers, or it applies to women who have to bring up their children, often while expecting another one. In any and all of these cases, women are already accomplishing a necessary social function, during which they must be preserved from any evil. Of course women require unlimited right to work. But it must not be overlooked that with the enormous number of working women it is not an individual

desire for activity but need which drives them to seek the burden of industrial work in addition to loads which nature has already put upon them. Some reports, especially from England and America, state that the majority of women workers are unmarried and that they usually quit employment upon getting married. It is assumed that even in these countries changes in the situation have occurred. In any case here in Central Europe, already before the war, up to 40 % of women working in industries were married. Here we meet with the tragic contradiction that women are entering industrial work for the sake of their children, when they have least time and strength to do this ; in this instance again, legal protection of women workers becomes protection of mothers and children.

Important differences in economical conditions prevail in countries from which reports were received. Amongst them, there are highly developped industrial countries such as England, the United States and Germany, there are countries in which agriculture is predominant and countries in which the working population is not yet familiar with forms of civilisation and living standards as commonly known in our countries. But laws are very different also in countries where the same cultural conditions prevail, such as for example the various States of America. The widest difference however of living conditions for women in one and the same country obtains as soon as industry has been developped there. In order to make my idea quite clear, I see no better way than to quote the excellent report of Professor Alice Hamilton of Boston. From her enquiries and her long experience as Industrial Health Officer it appears that youth of workers, poor trade organisation with ensuing defencelessness and ignorance, low wages and long working hours, result in higher morbidity, increased susceptibility to poisoning and higher tuberculosis mortality. To illustrate the young age of women workers in America, Alice Hamilton cites the results of the Census of 1920, according to which 61 % of all women in clerical occupations were between 15 and 24 years of age. The deathrate from tuberculosis in the industrial classes was in 1924, 152 for women from 20 to 24 years of age, as against 100 for men in the same age group. In the age group of 20 to 30 years, women have an increased incidence of sickness of nearly 2 ½ times higher than men in the same age group. When this is the case for a rich and prosperous country like America, which had not to suffer from the war, no one will be surprised when I report that when studying the available material of the Sickness Insurance in Vienna for 1922 to 1924, I found still more important differences in tuberculosis mortality for women working in metal and textile industries. At that time already, when enquiring about the unbelievably high figures, still increased by years of famine for the young people of Vienna, I

expressed the opinion that prejudice caused by profession was not likely to be the specific factor responsible for this state of affairs, but merely the general living conditions.

When it comes to define my opinion regarding special susceptibility of women to industrial poisoning, I must say that from the Austrian material at my disposal I am unable to find whether women are more sensitive to lead poisoning for instance, than are men, because our regulations regarding lead work are rather carefully enforced. Alice Hamilton has more important material at her disposal, especially through the potteries in which a large number of women are employed. She states that where wages of unorganised male workers are low, the difference in frequency of lead poisoning is very slight but where men belong to trades unions and are paid high wages, the contrast between the two sexes in frequency of lead poisoning is all in favour of the men. From a study of English statistics Alice Hamilton could not find that over-susceptibility of women to lead poisoning has been proved ; she refers however to the dangerous effect on the foetus of lead in the blood of the mother and injury to the placenta. I should also like to refer to arguments brought up by Dr. Teleky in connection with this question at the last International Conference for Medical Science in Accidents and Industrial Diseases in Geneva, where his conclusion looked towards a serious revision of the old literature regarding greater susceptibility of women to lead, he nevertheless emphasized the necessity of protection of women against lead on account of its serious effects on sexual organs and injury to fœtus.

A second category of industrial poisoning, to which the specific over-susceptibility of women has been clearly demonstrated, is the group of Benzene and its homologues and Amido or Nitro derivatives. As it is known Benzene exerts its action on the blood-forming tissues, causing aplastic anemia with loss of the clot-forming substances, thus developing a tendency to hemorrhage. It is also said that the injurious effect on the white and red blood corpuscles proceeds with greater rapidity in the case of women then of men.

The danger which lies in this over susceptibility has more especially lead to develop protection of women workers in Austria along these lines. It is self evident how important such protection is.

When, in addition, one considers the harm resulting from night work and increased working hours, one is still more at a loss to understand the opposition of some women leaders to protection of women workers in England and America, as it appears from reports received. This movement is called the « open-door » movement because it requires free admittance to all types of work. It is setting out more especially with the struggle against prohibition of night work, because women are thus prevented

from gaining higher wages. I must confess that this conception seems rather incomprehensible not only for our impoverished Central Europe, but even for rich countries as England and America. Reasons for the opposition to the open-door movement are so obvious that they need hardly be stated. In fact since the elaboration of these reports (about one year ago) conditions have changed considerably and one after the other factories close their doors for men as well as for women. Under these circumstances it seems preferable for the hungry children of workmen's families that their fathers find employment, since in the whole world they receive better wages than women do. As Dr. Rosenthal, the German industrial health officer points out so rightly « many of the protective measures for women could be abolished if they were receiving the same salaries as men — they would then be no more employed in dangerous trades ! » Alice Hamilton adds to this question it is easy to demonstrate by the very example of the United States, where such divergent legislation prevails among the 48 states, whether or not protection is prejudicial to women workers. She says textually : « A comparison between the States shows that in those which have the least legislation for the control of women's work, the exploitation of women is worst. Long hours, low wages and night work (also for men) are most in evidence in those states which have no law regulating women's work. She also gives proof that in those states where control of women's work is best enforced, their employment has increased more rapidly.

In requesting to-day special protection for women workers, one is not any longer running the risk of hearing the opinion expressed that women are less capable of performing industrial work than men. This argument has been refuted a long time since, through the actual development of industry. At the present time when there is more and more *obligation* to work for women as well as for men, time is over for women to have to conceal their physical disabilities in order to ensure equality of rights. We may to-day ask without fear whether women working industrially need special protection and why they do need it. This question must be raised, because the destiny of medicine can only be achieved by an effective protection of women workers. Here we are confronted with a law of enomics in obedience to which women's work, as all industrial work in general, tends to drift rapidly away to those countries which are backward from a social, political and sanitary point of view. Especially in unskilled labour, which the industrial work of women generally represents, there is what I would call a movement towards the « line of least resistance », a contingency highly feared by skilled labour and deeply deplored by social physicians and social workers.

This is true for work in factories and still more so for home work. When there is a change for the worse in the condition of

the market, immediately there appears a displacement of the better paid factory work to home work in the same country. The fact that in our dreadful time of unemployment not all women become unemployed, but proportionately many more men, leads to the opinion that rationalisation as we have it *to-day* is based upon the weaker sanitary and economical opposition of women workers and that it stands and falls with such opposition. Opponents of legal protection are completely losing sight of the fact that it is dangerous and useless for women workers to try to beat their co-workers in lowering still more their demands, because the level of sanitary and economic conditions may fall to abysmal depths when there are no legal provisions. This is demonstrated by reports on women's work in Japan, where in 1923, 61.000 women spinners were sleeping in common dormitories, where only one day of rest was granted after ten working days where 60.000 women were employed in mining work together with men, in temperatures up to 50° Celsius. An interesting study of pelvis measurements made by a Russian physician, determines what lasting differences in pelvis measurements resulted for these women from the fact that they had started work at 10 years of age.

The economical fact of the displacement of work to sanitarily backward countries demonstrates how important it is for women workers of all countries that, everywhere, protection of women be put on the *same* level, namely the *highest*. And here we have reached the point where we have to express our recommendations as women physicians :

1° The first step would be to require the establishment of *uniform* international protection of women workers. For this purpose it is requested that the already existing agreement regarding night work for women, as well as the Washington agreement of 1919, providing for maternity protection, be ratified as soon as possible in all countries.

2° A second wish would look towards a uniform international development of instruction in industrial medicine for doctors — the introduction in Elementary and Middle Schools of special courses in general and work hygiene. These subjects should also be included in curricula of trade schools and technical highschools, in order that Engineers and factory directors be better informed regarding the dangers of industrial occupation.

3° A sufficient number of women work inspectors should be appointed in all countries.

4° A sufficient number of women social physicians should be appointed in all countries.

As a conclusion I should like to say that experiences I have had as Medical Officer of Social Insurance and still more the facts I have learned as District Medical Officer of Trade Inspec-

tion, have convinced me that legal protection of women workers will never reach what could be considered the ideal from a medical point of view under the given form of economy. Gaining of profit, which is to-day the one purpose of production, will stand in the way of the development of legislation for the protection of workers as a constant obstacle, on the one hand ; the continuous oscillation of trade conditions will, on the other hand, after each new period of distress, call forth opposition on the part of the workers to the application of such laws of protection. The idea of protection of workers is a rational one and therefore it does not comply with the existing irrational and planless system of production.

I give below a list of the medical women who have so generously contributed of their time and experience, in sending in such comprehensive material on which this report is based :

Canada .... :	Dr Mac Murchy ;
— .... :	Dr Isabel Day (Vancouver) ;
— .... :	Dr Geraldine Oakley (Alberta).
Germany .... :	Dr Rosenthal-Deussen (Magdeburg) ;
— .... :	Dr Kruger (Dresden).
Great Britain .... :	Dr Deacon ;
— .... :	Dr Adamson ;
— .... :	Dr Gordon.
Hungary .... :	Dr Vegess Rege, with the help of 8 others.
India .... :	Dr Curjel Wilson and others of the Indian Medical Women's Association.
Japan .... :	Drs Tomo Inouye and Yoshioka.
Netherlands .... :	Dr Maria Philippi.
New-Zealand .... :	Dr Susannah Sinclair.
United States of America :	Dr Alice Hamilton (Harvard University) ;
— :	Dr Mary Anderson (U. S. Dept. of Labour) ;
— :	Dr O' Malley (Washington) ;
— :	California (no name).

REPORT

ON

Legal Protection of Women Workers

BY

Dr DAGNY BANG

National Corresponding Secretary for Norway

Rapporteur General (Scandinavia)

As rapporteur for Denmark, Norway and Sweden, I have to submit to this Council Meeting a summary of 5 papers sent in by :

Dr Agnete Heise, Denmark, president of the Danish Association of Medical Women, and corresponding secretary for Denmark of the Medical Women's International Association.

Dr Johanne Næser, Denmark, expresident of the Danish Association of Medical Women,

Dr Dagny Bang, Norway, expresident of the Norwegian Association of Medical Women, corresponding secretary and vicepresident of the M.W.I.A.,

Dr Ada Nilsson, Sweden, vicepresident of the Swedish Association of Medical Women,

Dr Andrea Andreen-Svedberg, Sweden, secretary of the Swedish Association of Medical Women, and corresponding secretary for Sweden of the M.W.I.A.

As a possibly necessary explanation of the unanimous opinion of the writers, which is expressed most subjectively in the « Other Observations » ending parts I, II and III of the Questionnaire, I permit myself to submit the following remarks :

When the presidents of the Associations of the medical women of Denmark, Norway and Sweden, took the step to apply for a special Northern rapporteur of the replies to the question of « Legal Protection of Women Workers », the most pressing reason was, as the application signed by the three presidents states, the exceptional attitude the three countries (and Finland) « have taken and still take to the question of special laws (socalled protection) introducing other working hours for women than for men in industry ». Even if there has been also some eager opposition against such laws in some other countries, — in no other countries has the opposition been so open and systematic and

doubtlessly also of such influence upon the lawgivers as in the 4 Northern countries.

In view of the strong fight against special laws for women, based on protestations made by all sorts of women (nightworkers, women factory inspectors of state from all the 4 northern countries, medical women, feminists and politicians in and out of the Parliaments) I permit myself to quote once more the beforementioned application : « We cannot consider this question as an exclusively medical and hygienic one, and we cannot be satisfied by the evidence of statistics only, even should they exist in a form that is not misleading ; the question must be taken and treated as it actually is : a question regarding the conditions, hygienic as well as economical of the whole body of women in paid work ».

Up to the present, Sweden is the only one among the 4 countries where the most significant and most fatal form of protection, prohibition of nightwork for women alone, has been enforced. But there are in the North also very strong forces fighting for special legal protection of women workers, especially the men workers organised in trade unions or as social-democratic Associations in agreement with the International Labour Office.

I. NIGHTWORK FOR WOMEN IN DENMARK NORWAY AND SWEDEN

Nightwork is upon the whole not very frequent in the North. It is getting unpopular also among the employers because it is as a rule better paid. But a tendency is noted in Sweden towards an increasing use of shift-work.

There is no exploitation of women workers in the Northern countries as to working hours. They are protected, as the men workers, in the best way by a short working day of 8 or 8 ½ hours or less, and by other good regulations in modern factory laws, which are constantly revised in the interest of the workers and controlled by men and women factory inspectors.

In Norway only 2 % of the industrial women are occupied in regular nightwork, in Denmark and Finland relatively more. None of the 4 countries has yet ratified the Washington convention of Prohibition of nightwork for women.

Neither in Denmark nor in Norway does any legal prohibition of nightwork for women exist, either as general measures or as measures relating to specific industries. Sweden, in 1909, passed a law which prohibits women to work between 10 P.M. and 5 A.M. in industries using more than 10 workers. Women shall have 11 hours in succession free out of 24. Exceptions to the law are allowed after accidents and by special licence and under

specific control for fish-curing and fruit-preserving, for a certain number of days.

There are in the 3 countries no statistics regarding the state of health of women nightworkers compared with other women in a similar analogous economic and social position.

Dr Heise (Denmark) supposes that the reason is to some degree the fact that there is no striking difference, that the health of the nightworkers and their children is neither better nor worse than is generally the case : « Statistical information of that kind would always be of only relative value, owing to the fact that a prohibition of nightwork for women in Denmark would mean that 3.000 women workers were compelled to take less well controlled and more badly paid work or become unemployed ».

As to Norway, it is characteristic that nothing is mentioned about the state of health of the 451 women in permanent nightwork, nor of the some 100 married or widowed women among them, nor of their children, in the public report of women's nightwork of 1919. The nightworking women themselves have stated that they are in as good health as other workers, a statement which Dr Bang can endorse from her experience as physician of the great « sick club » of the Printers' organization. During 15 years practice no case of sickness was noted among the women nightworkers which might have relation to their nightwork. Dr Bang (Norway) expresses as her opinion that in good, well-paid work, where the worker can afford good board and lodging, healthy recreation, holidays etc., there is no reason to be anxious about the health of women doing nightwork. But there is reason to be pessimistic about these women who, for many reasons, as for instance the prohibition of nightwork, are forced to go over to doing bad or very bad « sedentary » work.

Having no exact information concerning the health of industrial women in nightwork in Sweden, Drs Nilsson and Svedberg state as their impression, that these women and their children are as healthy as people in general, quite as other women in occasional nightwork (nurses, telephone-and telegraph-operators, pharmacists, or in regular nightwork, as charwomen in restaurants and railroad cars and streetcars, morning paper carriers and so on). They all stand this kind of work so well that nobody can think how men could do better.

As to means of communication for the workers, there are no trams and busses between 1 and 5 in the night, and no steps are taken after the 5 o'clock trams were introduced for the convenience of the workers. The majority of women in permanent jobs in towns and in the country generally live near their place of employment.

The above mentioned Norwegian statistical report pronounces (p. 46) : « It is very doubtful to what degree working women as a

whole consider nightwork to be more harmful to their housework than ordinary daywork is ».

Dr Næser (Denmark) says that a tendency exists with young people to share housekeeping work when the wife is a wage-earner.

Dr Bang (Norway) has also noted that the husband and elder children help the wife to get her sleep and rest. Nightworkers often sleep « in shifts », mothers while the children are at school. That the working night is so much shorter, and shiftwork, for instance textile work, gives Saturday free, is a good help for housewives and their homes, and the women declare that it suits them very well.

In the Norwegian report before mentioned we find some quotations from an investigation of 1910 on the question in Finland, a country where the conditions of work as well as the opinion against prohibition are so analogous to the relations in the other Northern countries that it may be permitted to cite it here. It reads :

« There is no reason to think that the children of women doing day work are more fortunate as regards being better nursed and cared for than the children of women doing nightwork, because it is just in the day time that the children need their mothers'care. Many mothers have also stated that nightwork affords better opportunity of looking after their children than day work ».

Nightwork and overtime industrial work is always better paid in Denmark and as a rule also in Norway, where for instance in the printers' trade the workers get 50-100 % more in night than in daywork. In this as in some other trades, nightwork is many hours shorter.

No evidence has ever been produced in the three countries to prove that nightwork is more injurious to women than to men.

Dr Heise (Denmark) considers it independent of sex, as quite individual. « One might say that a good sleeper endures it better than a bad one ».

The question if a woman who works at night can sleep in the daytime as well as a man, is difficult to answer in general, as it is a matter of individual and personal nature.

Dr Heise (Denmark) points out, like Dr Bang (Norway) the great difference as to the chance of rest for a married woman, for this depends on the income and on the good will of the husband.

Dr. Bang says that the great mass of women nightworkers being unmarried, they have the same opportunity to sleep as men have. It is evident that they manage to sleep very well in the daytime in their hired room or in the home with their parents or relatives, just as unmarried men do. How the 20 %, (i.e. 100) married women nightworkers in Norway, for whom the conditions may be otherwise, manage to sleep enough in the daytime, depends

very much upon the individual. A statement in the report about Norwegian women nightworkers, to the effect that, upon the whole, married women do not undertake nightwork before they have been married for some years and the children have grown older, is very soothing.

The difference between the many unmarried, independent, women nightworkers and the few married ones being ever so great, nevertheless in one essential point they are alike. They need to work for wages and they find that industrial nightwork suits them because it is well paid and shorter and as a rule better regulated than are so many kinds of work for women.

Drs. Nilsson and Svedberg admit that the women nightworkers « have greater difficulties than men, but these might be overcome by better pay and better housing conditions rather than by prohibition of nightwork for women ».

Dr. Heise (Denmark) says that the increase of work, whether by day or night, must make a mother with responsibility, who works for her children, plan her way of living according to her worktime. Drs. Nilsson and Svedberg (Sweden) say : « We can only state that if a woman has to do both industrial work and the work in the home, her difficulties will be the same, independently of whether she works, in the daytime or in the night ».

This opposition against prohibition of nightwork for women on the part of the medical women of the North, here expressed, manifested also by public protestation and by taking part in the propaganda made by other representative medical women (Dr. Estrid Hein and Dr. Eli Moller, Denmark, Dr. Alma Sundquist, Sweden, and others), has its origin in the parallelism between the quick development of industry, and that of industrial hygiene in our countries, as well as in the strong feeling of independence in the Northern woman. Our factory laws « comply with most of the requirements of the Washington convention » (Undersecretary of state Mr. Thorson, Norway). The political position of women in the North has also been such that they could throw the weight of their influence against inconvenient laws.

When professor Rygg, head of the delegation from Norway at the Labour Conference at Zurich in 1913 — although himself siding with prohibition, refused to sign the convention, prohibiting nightwork for women, he gave as his reason. « The strong movement against laws for the protection of women..... more felt because Norwegian women have got the vote ».

The Swedish delegate Molin writes in his memorandum to the meeting of the Governing body of the International Labour Office, June 1931, on the occasion of the application from Sweden for revision of the prohibition of 1909 :

« Women in the Northern countries have the same rights as men and are well organised, and as in many cases women do

the same work as men in industry, they also claim the same conditions of work. It is to be feared that regulations ignoring these facts cannot be used. It is possible that the conditions of work and the mentality of women in Southern countries are very different from ours, but should it be desired that the Northern countries ratify the Convention it is necessary that the special conditions prevailing in these countries be taken into consideration ».

The reporting writers here give their more personal remarks as « other observations » : Dr. Heise (Denmark) states in her report :

« Danish womens' associations and Danish women workers' organisations united in opposing the proposed act (of prohibition for women) and the Riksdag of 1911 paid so much attention to the strong wishes of the women that the proposal of prohibition was suppressed. The Danish Factory Act of 1913 contains no legislative measures of that kind ». Dr Bang states in her report : « The strong movement conducted by women, contributed to the fact that the proposals of prohibition of nightwork for women were not adopted by the Stortings of 1909 and 1915, each time after fierce skirmishes and long debates ».

In Finland the battle was led in the same way. — In Sweden the fight was hard before and after the law of prohibition was passed in 1909. The afore mentioned Swedish application for revision of prohibition tells about the difficulties and struggle.

The principal objection stated in nearly all the protestations of working women, is that such laws will handicap them, especially in work together with men. Special hampering, protective clauses for one group of workers must make difficulties in employing them in the same work, and must, for instance in shiftwork, lead to the dismissal of the specially protected workers in day work also. These consequences have never been more evident than in the present hard times of unemployment and sharp competition, and they cannot be refuted statistically by the statement that the number of industrial women upon the whole is growing. The question is what sort of work the protected woman can get instead of that which she lost by the prohibition of nightwork.

We know that the work where women compete with men is better paid and better regulated than that where women work alone. These experiences have also in the eyes of the reporting colleagues made legal protection disadvantageous from the point of view of the hygiene of industrial women — and all the other wage-earning women who will be subject to such laws. And like other working women we look upon prohibition of nightwork as a means of getting rid of women competitors in good work.

As to this handicap of women, Dr Næser (Denmark) says : « It is a fact that nightwork prohibition throws women out of

their employment and helps to crowd them into less well paid work. The most important for the woman worker is to have well-paid employment. Her health is — like a man's — dependent on good food, good living conditions, possibility for recreation. Everything which is a hindrance in this matter for women therefore must be considered as damaging their health. It is not sex that is the matter with women wage-earners, it is poverty ».

Dr Bang (Norway), referring to the numerous statements from working women as to the bad consequences, points out how much less hygienic much of the so-called womanly work is into which the great mass of women would be thrown by such special laws.

Drs Ada Nilsson and Andrea Svedberg quote the Swedish investigation of 1914 as to the consequences for women's work of the prohibition of 1909. About 81 % of the nightworking women were affected.

« Printing is a well paid trade in which women are much less used since 1909. Women are being more and more excluded from the larger bakeries, which leads to economical loss for the women. As more and more industries start work both by day and by night (shiftwork) the women must necessarily suffer increasingly in the competition with men ».

The Swedish woman factory inspector Miss Hesselgren has, in her report of her investigations, recently spoken of the necessity of revising the law prohibiting nightwork for women alone.

Recently the 3 Northern Medical Women's Associations passed the following resolution against the prohibition of nightwork for women on the proposal of the Swedish club of Medical Women : « We believe that the law should as far as possible protect the health of the worker, independent of sex. As long as nightwork is necessary we do not see any hygienic reasons to prohibit it for women. Women are anyhow always doing a considerable amount of uncontrolled work at night and seem if anything better fit to stay awake than most men.

Medical examination should be obligatory for nightworkers of both sexes ».

II. INJURIOUS TRADES

In Denmark (Drs Heise and Næser) women may, according to § 33 in the Factory Act, be prohibited from being employed in work especially tiring or damaging for the health. This prohibition has, however, never been practised anywhere. § 16 provides that women must wear a special dress and must not have their hair hanging down when they are serving big engines, watermotors etc.

In Norway (Dr Bang) work underground is prohibited to women. Likewise cleaning, oiling and inspecting machinery in operation, except in cases where the work is perfectly safe, a prohibition that, in the proposal for a new factory law, is changed into a claim for a special dress for women, practical for such work.

In 1929 Norway passed a law, partly forbidding the use of white lead in painting : « It is prohibited to employ male workers under 18 years of age or women workers, irrespective of their age, who maintain themselves by the working at the painting of buildings, when paint containing white lead or sulphate of lead or other products containing such dyes are used » (1).

In Sweden a law of 1912 forbids women tc work underground in mines or quarries and in work which can be supposed to endanger women's health or morals. The « Law of Dangerous Trades » of 1929 puts men and women alike ». (Dr Andrea Svedberg).

In the 3 countries there is no law prohibiting women or men from doing any kind of paid homework. In Norway there is a certain control, in Denmark possibility of a control but never exercised in such work.

Much prohibited work, for instance mining work in Sweden, is comparatively well paid. In Norway there are, besides very strict regulations, also special facilities in injurious work, as shorter days and shifts.

There are not many statistics as to industrial poisoning. Use o white phosphorus is forbidden. And the regulations as to lead are very strict.

In Denmark (Dr Heise) investigations of recent date found among women working in a factory with very dusty material (Washing powder), some cases of death and some other cases of « Silikose ». Improvement of the working conditions and cooperation with physicians was ensured. As to lead-intoxication, investigations in Denmark have shown that working in printing establishments is not very dangerous, in accumulator factories worse. In Norway experts in factory hygiene have stated that « there has not been one case of lead poisoning in the potteries » (factory inspector Mrs Kjelsberg) and « Lead poisoning in Norway is of little importance... one of the many proofs of the efficiency of modern factory hygiene... lead poisoning in the printers' trade is now an unknown occurence ». (Chief of the factory inspecto-

(1) *Note.* — The Board of superintendence may permit the use of young male workers under the age of 18 to work in the painting of houses « when this is required for their training ». Mrs Betzy Kjelsberg, Factory inspector in Norway, protests energetically against this discrimination for women also because this regulation will exclude women from decoration work, for which they seem to have talent.

rate, Dr. C. Lorange in lectures 15/1 1930 and 11/2 1931 in « Oslo Medical Association »).

In Sweden (Dr. Svedberg) an official investigation of lead poisoning in 1922 gave only one clear case of poisoning — a man. Among those rather many workers with suspicious « symptoms » there was no difference as to sex, (21 men and 18 women) 2 abortions were noted.

There are no proofs « that women are more sensitive » to certain forms of industrial poisoning than men. Dr Heise writes : « Certain men and women with a weak consitution, and tuberculous men and women, and men and women living under very unhygienic and other bad conditions, are evidently more sensitive than others to industrial poisoning and dangerous trades. « Dr Bang remarks : « Sensitiveness to industrial poisoning is individual and not determined by the sex of the worker ».

As to compulsory medical examination before admission to injurious trades, in Denmark and Norway it is required only for young workers under 18 years of age. — In all the three countries there is a movement in favour of a regular medical examination of workers. All the Norwegian factory inspectors recommend the following clause to be inserted in a proposed new factory law :

« If a doctor considers it necessary, owing to the state of health of any single worker, the doctor may forbid him to continue to work in the trade ».

In Sweden periodical compulsory medical examinations are proposed for both men and women in trades with lead, phosforus, mercury, X-rays, dust from minerals. In 1929 diseases from these kinds of work were excluded from the accident insurance. Posters and placards are used in the 3 countries containing rules for cleanliness etc. in some injurious trades, also in textile factories in Norway. In Sweden a « Safety first » movement operates. Special regulations are given concerning printing offices and match factories.

Employers in the three countries are legally obliged to insure the workers against accidents.

In Norway the workers get free treatment and a compensation of up to 60 % of their wages for complete incapacity and proportionately less for partial incapacity. In case of death, funeral expenses and a life annuity to wife and children.

In Denmark the insurance does not at present concern industrial diseases. But it is proposed that the insurance should deal with diseases caused by lead, mercury bacillus anthracis and with dermatitis caused by substances of exotic trees. (Drs Heise and Næser).

In Sweden the law of 1930, and in Norway the law of 1929 include compulsory indemnity for industrial diseases caused by

arsenic, lead, mercury, phosphorus, dust of stone, rays and for anthrax (Drs Nilsson and Svedberg).

As to legal protection for women in certain trades the reporting colleagues agree in the following conclusion : « We believe that protection against injurious trades should be the best possible and independent of sex ».

In Denmark the laws as to work susceptible of endangering women's health and morals have been applied only in one sort of work : women between 18 and 21 years are forbidden to work as stevedores in ships over a certain size. Cases of poisoning are extremely rare in the three countries and women are not proved to be more susceptible than men.

What is needed to protect the workers in such trades is continual, intense, scientific research ro replace the dangerous materials by less dangerous or harmless ones such as has been the case with white phosphorus. And thorough hygiene in the working place and methodical education of the workers specialized in these sorts of work, in regard to personal hygiene.

Dr Heise (Denmark) states that the workers, men and women, are often opposed to medical examinations (for instance of the blood, for symptoms of a possible lead intoxication) which may lead to their losing their work. The workers do not use the measures of safety, for instance regulations as to cleanliness. Education in industrial hygiene should be given for skilled workers during their time as apprentices and for others in courses on the working place. In this sort of education physicians, men and women, should take part. All workers and especially where there exists a possibility of danger, must be examined by physicians trained in industrial hygiene, before they enter and also repeatedly while working in such trades. Physicians must be obliged to notify cases suspected of being caused by work.

A regular medical factory inspection, such as was discussed by the labour conference at Geneva, a closer cooperation between factory inspection and Government-paid physicians as planned in Sweden, are reforms most needed to avoid the disasters of work.

III. MATERNITY-PROTECTION

In principle the factory laws of Denmark, Norway and Sweden agree about the necessity of a pause in the work after confinement. According to the Danish Factory Act § 29 « no woman worker is permitted to work during the 4 weeks after her confinement unless a doctor states that she can work without risk to her own or her child's health ».

The Norwegian Factory Act § 33 reads as to this question : « Women shall not be allowed to work during the first 6 weeks

following their confinement ». — In Sweden § 19 of the law of 1912 provides that women in industry are not allowed to « work before 6 weeks after confinement if it is not certified through medical examination that they may go back to work earlier ».

The same laws authorize a pregnant woman to quit her work some time before confinement. In Denmark « it is not forbidden to work during pregnancy ».

In Norway the law reads : « Women must not be refused permission to leave their work during the last 4 weeks preceding the date when according to a certificate from a doctor or midwife she can expect delivery ».

In Sweden the time is fixed at 2 weeks before confinement on the same condition of a certificate. There is no indemnity given for this time before confinement, but in Sweden such an indemnity is expected at a minimum of 2 kr. (Sw.) per day during at most 56 days for mothers insured against illness and 1 kr. per day for others.

There are some facilities for the nursing of the children of women workers. In Denmark a room in the factory is reserved for mothers for this purpose. But this provision « has been of very little value in Copenhagen owing to the great distances between working places and homes. The women prefer the creches near their homes ». (Dr Heise). In Norway and Sweden the law provides that a woman shall have a right to take time off from work for nursing. In Norway indigent mothers have economical support in order to be able to nurse their children. In Sweden some communities give a premium for nursing.

In Norway and Sweden we do not know anything about the time women are away from work before and after confinement. It certainly depends upon economical and other circumstances.

In Denmark the recent investigation by the two women factory inspectors shows that of 478 confined working women in Copenhagen.....

23 % quit their work immediately before the confinement,

37 % quit their work during the last 6 weeks before the confinement,

40 % quit their work 6-7 weeks or more before the confinement,

2 % resumed their work within 2 weeks after the confinement,

47.22 % resumed their work within 5 weeks after the confinement,

56.00 % resumed their work within 3 months after the confinement,

10 % of the women have been influenced by unemployment. (see further Dr Heise's paper p. 7).

As to statistics relating to morbidity, premature confine-

ments etc. of the women workers Dr Heise (Denmark) quotes the investigation mentioned which states illness by some of the women, who started work a fortnight or less after their confinement. (One of them had become a widow 3 months before and had 3 children). Of the great many asked all insisted that they had been alright. The report by the women factory inspectors gives the impression that individual differences prevail as to the rest required before and after confinement. Dr Heise says further that with regard to the health of the children there are no proofs that they are in a worse position than other children.

From the same investigation Dr Heise quotes also some results as to breastfeeding which may be of interest on the question :

15 % of the 478 women have not nursed at all,
37 % — — nursed up to 6 months,
20 % — — — — 9 months,
11.3 % — — — more than 9 months,
82 % of the children stayed with their mother (47 % married, 35 % unmarried),
10 % of the children were put out to nurse (2/3 of these were children of unmarried mothers).

The death rate of the children was like the average deathrate for Danish children. The little difference between legitimate and illegitimate children is remarkable.

« With regard to miscarriages », Dr Heise says, « we do not consider statistic materials of that kind of any value as the causes are so numerous and abortus provocatus a widespread phenomen ».

In Norway there are no statistics of that kind. Drs Ada Nilsson and Andrea Svedberg, Sweden, say that the figures show no difference between industrial women and women in general. — For Norway and Sweden it cannot be said how often women take on other work during the legal period of rest, but it happens « to a certain extent » (Sweden) « when regular work is forbidden during such a long period many women must of necessity take on other work and mostly heavier than their usual wagework ». 30 (5.4 %) of the said 478 Danish working women had taken other work during the time of prohibition.

As to the question of the proportion of women workers confined in their own homes and in hospitals, an examination in Denmark of 900 women showed that 61 % of them had been confined in hospitals. In Norway and Sweden figures exist only for women in general. In Oslo in 1929 and 1930 2/3 and in Stockholm 90 % of all women are confined in hospitals and the number is increasing with increasing possibilities. In the provinces in Sweden about 15 %.

Maternity insurance in Denmark and Norway is included in the sick insurance, in Norway supported by State and community, and compulsory for everybody who earns less than 4500 a year, in Denmark supported by State and voluntarily. Any mother belonging to a « sykekasse » « syketrygd » obtains a sum in proportion to her wages, in Denmark for 10 days after confinement or longer if she gets sick, in Norway for 2 weeks before and 6 weeks after confinement, minimum kr. (Norw.) 30. Some communities (Oslo) give a pension to mothers (widows, separated, divorced). In Denmark and Norway there is special care for unmarried mothers and their children. In Denmark any unmarried mother has free midwife and hospital, paid by the community. In 1915 Norway passed a law about Public care for Infants (« Barnelovene ») and their needy mothers. Economical support is given before confinement (25-45 kroner Norw. for 6 weeks) and about the same per month for 3 months or more after the confinement in order to help the mother to have her child with her and nurse it.

The Norwegian Factory act § 33 states that a mother who becomes needy on account of the prohibition to work after confinement, shall be supported by the community, which support shall not be regarded as poor relief. In Sweden support for maternity is expected to come.

In Denmark and Sweden there are no law measures providing that less tiring work be given to pregnant women. Nor do employers in any of the three countries take measures to this effect.

In Norway § 18 e of the Factory Act prohibits pregnant women from doing especially strenuous or dangerous work. It is said that some employers privately try sometimes to do something to facilitate the work for them.

As to the necessity for further extension of maternity protection Dr Heise (Denmark) says that the effect of the prohibition according to an investigation of 900 women has been of very little practical importance and effective only in 23 % of the cases. A Danish committee of health authorities declared it not necessary to ratify the Washington convention as to maternity protection. There should be no prohibition during pregnancy, and the 4 weeks prohibition after confinement should be reduced to 3, but should concern all women wage-earners outside their homes. In Norway the system of health insurance renders the economic side of the question more endurable than in many other countries. The tendency towards the 6 + 6 weeks of the Washington convention cannot be recommended. If our country should go so far as suggested in a proposal to a new « law for protection of workers » and of course not be able to give compensation, the prohibition would be only empty words as to rest for the women.

The Swedish reporting colleagues say that only more effective economical support is desirable. Dr Heise observes that nothing

indicates that the women workers of Denmark need this sort of protection.

Dr Bang (Norway) points to the fact that maternity protection lies on a different plane from the other special laws for women, but claims a full indemnity for lost income and for a work so precious to the state as is the giving birth to a child. A 6 week's pause after confinement is a long time, and may in all events be a disadvantage. The women have, in spite of any provision, a right to be afraid of losing their work and of being obliged to take to work more unhygienic than the relatively well-regulated factory work. On the initiative of Sweden the three northern Associations of Medical Women have agreed on the following declaration as to maternity protection : « We believe that legislation for maternity should include only :

a) *Right* to leave of absence from work during a certain number of days before and after confinement. In so far as this right is used an insurance should be paid.

b) A general statement that absence for pregnancy, when the need is certified by a physician, should be looked upon as absence for illness, and therefore not imply danger of losing the job ».

IV. GENERAL

As to the organisation of women workers 83 % belong to powerful organisations in Denmark and 40 % in Norway. In Sweden they are also fairly well organised : all women tobacco-workers, about half of the textile and tailoring workers, nearly all shoemakers. In some trades (book-binders, textiles and tailors) in Norway the women are in great majority. In the printers' organisation more than a fourth are women.

The women's knowledge of hygiene is fairly satisfactory, especially in well-paid skilled work and where they work together with men. In Denmark lectures for women and girls are given at Continuation schools, Red Cross Junior Courses and by arrangement of the Danish Women's society (feminists) and for unemployed women on the initiative of the Social Democratic Association. Health Authorities are interested in instruction of mothers which is now proposed to be undertaken by midwives.

In Norway there is some health instruction in the Public School. Only in trade schools for Domestic science, regular hygienic instruction is given. Beyond this hygienic knowledge is gathered from occasional courses and from articles in the newspapers, some public lectures on tuberculosis and venereal diseases and so on. In Sweden hygiene is taught in Public schools including care for infants, and in Trade Schools with some industrial hygiene. Factory inspectors lecture frequently to workers.

There are somewhat few factory doctors in the North. In Sweden the big firms mostly have their own doctors. Industrial medical examinations are not compulsory for adult workers, even in injurious trades. In Norway the doctors get their knowledge of the health condition of workers mostly by practising for the sick insurance. There is no obligation, but opportunity, to report cases of industrial illnesses. In Sweden a closer cooperation between factory inspectors and physicians paid by the Government is planned. The movement to use doctors to a greater extent in these fields of work is limited by the highly developed Public Sick Insurance.

Dr Heise (Denmark) says that the workers who have a right to refuse often oppose medical examination on account of running the danger of losing their work. The help of medical examination would be more effective if the workers were taught the importance of hygiene, for instance at the trade schools.

There do not exist in the three countries any special legal measures for women regarding the lifting of heavy weights. In this matter the opinion of the women and of the whole public would no doubt coincide with the statement given by international medical women at the Congress of Bologna.

FINAL SUMMARY

The unanimous opposition against special laws for women among the medical women of Denmark, Norway and Sweden, is expressed in this report. If medical women of Finland had been organized they would have agreed with us. The opposition gets more and more wide-spread and is internationally organized.

It is no theoretical feminist question, it is a practical question of admission and opportunity to work for the great mass of wage-earning women in their struggle for life and for a better standard of work.

The experiences from Sweden, here quoted, and also from other countries where special legislation for women has been introduced since women became alive to and conscious of their social position, are convincing proofs of the fatal consequences of such laws. From the point of view of personal and social hygiene the value of such legislation is imaginary or negative, because it bars women from the best work, disqualifies them socially as workers and lowers their standard of work.

What industrial female workers need are not special laws.

What is categorical and imperative is : millions of women must earn their living. What they need is work, good work. The prohibition of nightwork will not give a hungry woman bread or a sleepy woman a bed.

The means to prevent exploitation of women workers is not

special legislation. It is skilled education and the same free possibilities for obtaining it as men have ; these same reasons explain the efforts of medical women for better educational opportunities. And it is moreover the realization of the principle no. 7 in the Versailles Treaty : « Equal pay for work of the same value without giving any consideration to sex ».

A good factory hygiene and an accomplished medical inspection of work with a scientific ground for the decision whether a person is fit for a certain work or not, individually, instead of the collective decision founded on abstract ideas about sex.

No doubt women workers are threatened in the chaotic situation of work now a days. We are still the socially weakest of citizens. And we have to defend ourselves against attacks on our position of work, such as the fight against married women's work, and special legal protection for female workers.

The recent event in Geneva in June 1931 ,where the Governing body of the International Labour Office (that is The labour representatives) refuted an application, well reasoned, from Sweden and Belgium for a slight alteration in the time prohibited for women, to make it possible for them to continue their work, — shows to all evidence who in future shall decide when and how and to what sort of work women shall be admitted.

In concentrated form our unanimous opinion as to special protection of women workers is expressed in the following conclusions proposed in 1931 on the initiative of the Swedish Association of Medical Women, and passed in meetings of the 3 Associations of medical women in Denmark, Norway and Sweden, and signed by the three presidents and supported also by the Finnish medical women at a meeting held in Helsingfors on September 10 th 1931, and signed by the woman professor of gynecology and obstetrics, Dr Laimi Leidenius:

« We believe that the law should, as far as possible, protect the health of the worker, independent of sex. As long as nightwork is necessary, we do not see any hygienic reasons to prohibit it for women. Women are, anyhow, always doing a considerable amount of uncontrolled work at night and seem, if anything, better fit to stay awake than most men. Medical examination should be Compulsory for night workers of both sexes.

We believe that protection against injurious trades should be the best possible, independent of sex.

We believe that a legislation for maternity should include only :

a) Right to leave of absence from work during a certain number of days before and after confinement. In so far as this right is used, an insurance should be paid.

b) A general statement that absences for pregnancy, when the need is certified by a physician, should be looked upon as absence for illness, and therefore not imply danger of losing the job ».

Agnete HEISE (signed)
President of the Danish Association of Medical Women.

Hanna BERGHOFF (signed)
Presidenl of the Norwegian Association of Medical Women

Ada NILSSON (signed)
Vice-President (in the absence of the president) *of the Club of Swedish Medical Women*

These conclusions state briefly our opinion as to the hygienic aspect of this manysided question, so important for all wage-earning women.

Dagny BANG
Rapporteur général for Denmark, Norway and Sweden

RAPPORT

SUR

La Protection légale des Travailleuses

PAR

Madame le Prof. SORRENTINI

Médecin Inspecteur des Assurances Sociales
Rapporteur Général (Italie)

INTRODUCTION

En ma qualité de Rapporteur général, je résume les réponses qui me sont parvenues de Mesdames les Drs Blanchier (France), F. Budzinska Tylicka (Pologne) et Dewetterova (Tchécoslovaquie) au questionnaire envoyé par notre Association, et j'ajoute, à titre de contribution personnelle, les renseignements qui se réfèrent à l'Italie.

Le sujet est trop vaste, trop passionnant, certains problèmes trop délicats, d'autres trop scientifiques, pour qu'il soit possible de le traiter à fond d'après des demandes et des réponses qui ne peuvent nécessairement en comprendre toutes les nuances, malgré le soin diligent apporté par les collègues, que je remercie vivement, dans la préparation de leurs rapports.

Nous espérons cependant que, lorsque siégera le Congrès, la voix des femmes parlant au nom de toutes leurs sœurs travailleuses, après avoir longuement médité, étudié et vécu les problèmes de la vie professionnelle féminine, réussira mieux qu'un questionnaire aride à rendre plus présents les besoins qui se manifestent dans le champ du travail féminin, ainsi que les mesures de prévoyance qu'on peut attendre avec justice de la société, comme un droit sacré pour la protection de la femme « artisan de la race ».

A la fin, et brièvement, je parlerai des considérations et conclusions parce que, m'occupant personnellement du questionnaire pour l'Italie, j'ai déjà exprimé ma conception sur la nécessité d'une vaste organisation de protection de l'ouvrière, entendue, non pas comme une restriction contraire à la liberté individuelle, ni comme un privilège injustifié, mais comme la manifestation d'une protection indispensable, due par la Société à la conservatrice de la race, dans l'intérêt de la collectivité, et tant que persisteront les conditions actuelles de la vie en commun, profondément enracinées dans un régime historique, économique et juridique, qui ne pourra pour le moment être modifié.

I. — TRAVAIL DE NUIT

France. — D'une manière générale le travail de nuit est interdit aux enfants de moins de 18 ans et aux femmes. Quelques industries sont autorisées à déroger temporairement à la loi (denrées alimentaires ou périssables).

En ce qui concerne les femmes, et suivant les cas, ces dérogations peuvent aller jusqu'à 25 ou 90 jours par an. (Code du travail. Lois des 23 décembre 1910 et 12 janvier 1911, modifiées les 24 janvier 1925 et 30 juin 1928.)

Pologne. — Le travail de nuit est absolument interdit aux adolescents et aux femmes dans toutes les branches industrielles. (Règlement officiel du 2 juillet 1924, art. 13). Le règlement prévoit quelques exceptions dans des cas spéciaux : (accidents dans les ateliers ; travaux concernant les denrées périssables ; dans les établissements d'ordre public : hôpitaux, téléphones, etc..., cas qui doivent être signalés aux autorités compétentes pour l'obtention du permis de travail. De plus, pour les travaux saisonniers, le travail de nuit pourra être prolongé d'une heure après 10 heures, le soir, ou avant 5 heures, le matin, l'Inspecteur du Travail consentant, mais pour un total d'heures supplémentaires n'excédant pas 60 heures par an.

Tchécoslovaquie. — D'après le Traité de Versailles du 28 juin 1919, et celui de Saint-Germain du 10 septembre 1919, le travail de nuit est généralement interdit, sauf dérogations spéciales accordées par le Ministère de la Prévoyance sociale.

Italie. — Décrets royaux du 10 novembre 1907, n° 808, et 15 mars 1923, n° 748, règlement du 6 août 1916, n° 1136. — Le travail de nuit dans les ateliers industriels et dans leurs dépendances est interdit, en tant que mesure générale, aux femmes de tout âge (art. 5) et aux ouvriers âgés de moins de 18 ans révolus. (art. 6).

Des exceptions sont prévues : en cas de force majeure, pour des besoins imprévus, ou lorsqu'il s'agit de denrées périssables. Même dans ces cas cependant, les femmes de moins de 15 ans révolus ne pourront être admises, et le travail ne pourra jamais durer plus de six heures sans interruption (art. 9).

COMPARAISON DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES TRAVAILLEUSES ET DE LEURS ENFANTS AVEC D'AUTRES FEMMES ET ENFANTS

France. — Le travail de nuit étant interdit aux femmes, il n'existe pas de documents à ce sujet.

Pologne. — Pas de renseignements.

Tchécoslovaquie. — Pas de renseignements.

Italie. — Pas de renseignements.

RÉTRIBUTION DU TRAVAIL DE NUIT

France. — Le travail de nuit est mieux rétribué et moins pénible (nombre d'heures moindre, travail moins intensif) lorsque le système d'alternance des équipes (équipes d'ouvriers travaillant tantôt le jour, tantôt la nuit) n'est pas organisé.

Pologne. — Le travail de nuit étant considéré normal pour les hommes comme pour les femmes, n'est pas mieux rétribué, sauf lorsqu'il s'agit d'heures supplémentaires.

Tchécoslovaquie. — Le travail de nuit est mieux rétribué.

Italie. — Il n'existe pour les femmes aucune disposition spéciale. L'article XIV de la « Charte du Travail » (21 avril 1927) établit que « le travail de nuit, non compris dans celui d'équipes régulières, sera rétribué par un pourcentage extra, basé sur le prix du travail de jour ». En général, cependant, il est tenu compte de cet article dans les contrats collectifs ou individuels pour la fixation des salaires des femmes attachées aux travaux pénibles ou présentant quelque danger.

LE TRAVAIL DE NUIT EST-IL PLUS NUISIBLE POUR LA FEMME QUE POUR L'HOMME ?

France. — Il semble qu'il n'existe pas d'études spéciales apportant des preuves objectives, et permettant d'affirmer que, dans les mêmes conditions, le travail de nuit soit plus nuisible pour la femme que pour l'homme. De plus, les conditions « égales » ne sont qu'exceptionnellement réalisables.

Pologne. — Pas de renseignements.

Tchécoslovaquie. — Pas de preuves objectives.

Italie. — Il n'existe pas d'études à ce sujet.

Il est certain cependant que le travail de nuit peut devenir plus nuisible pour la femme que pour l'homme, quand la femme ne peut s'offrir un repos suffisant pendant la journée.

POSSIBILITÉ DU REPOS POUR LA FEMME APRES LE TRAVAIL DE NUIT

France. — Les femmes ne pouvant se désintéresser des occupations domestiques, il est moins facile, en général, à la femme qu'à l'homme de compenser le travail nocturne par le repos dans la journée. L'absence de ce repos, plus que sa constitution physiologique rend le travail de nuit plus dur pour la femme que pour l'homme. C'est un facteur que l'on néglige souvent bien qu'il soit de la plus grande importance.

Pologne. — Les soins des enfants, les travaux domestiques empêchent, en général, les femmes de se reposer dans la journée.

Tchécoslovaquie. — Impossible de contrôler si les femmes peuvent ou non compenser le travail nocturne par le repos dans la journée.

Italie. — Il est toujours difficile aux ouvrières italiennes, surtout si elles sont mères, de compenser le travail nocturne par le repos dans la journée. Les exigences de leurs travaux domestiques les empêchent d'accepter d'autres travaux salariés.

MOYENS DE TRANSPORT (TRAVAIL DE NUIT)

France. — Dans beaucoup de centres ouvriers, mais non comme règle générale, des dispositions sont prises par les industriels, les autorités locales, les compagnies de transport en commun, pour faciliter le transport des ouvriers aux heures d'entrée et de sortie, (travail de jour et travail de nuit).

Pologne. — Aucune disposition légale n'organise un tel service spécial pour les travailleuses.

Tchécoslovaquie. — Les grands établissements de Bata Zlin et les ateliers de Moravska Ostrava offrent des moyens spéciaux de transport aux femmes travaillant la nuit.

Italie. — Des facilités spéciales n'existent que dans quelques centres ouvriers.

LE TRAVAIL DOMESTIQUE ET LE REPOS DES TRAVAILLEUSES

France. — Il est impossible d'établir le nombre d'heures supplémentaires ajoutées par le travail domestique à la journée de travail légal de la femme, surtout si elle est mariée et mère de famille ; mais il est certain que les occupations ménagères et familiales représentent un des plus importants facteurs du surmenage.

Pologne. — Le contrôle est très difficile.

Tchécoslovaquie. — Pour la travailleuse s'occupant aussi de travaux domestiques, la durée de la journée de travail est de 13 à 14 heures.

Italie. — Ce point est très difficile à préciser. Il dépend de beaucoup de facteurs : situation économique de la famille, sa composition, la distance entre le domicile et l'atelier, etc...

Concernant le travail de nuit la Tchécoslovaquie remarque que peut-être dans les Républiques soviétiques seulement, les conditions du travail des femmes sont réglées conformément à celles des hommes, suivant les nouveaux principes et méthodes éducatifs adopté par le Gouvernement.

II. — MÉTIERS DANGEREUX

France. — Les Décrets des 21 mars 1914 et 26 septembre 1926 interdisent aux travailleuses certains métiers ou travaux nuisibles à la santé.

Pologne. — La loi du 2 juillet 1924 interdit l'emploi des femmes dans les travaux nuisibles à la santé, comme aussi les travaux pénibles et ceux qui sont contraires à la moralité et aux bonnes mœurs. Il est formellement interdit d'employer les femmes dans les transports, les fabriques de produits chimiques nocifs et le maniement des poids lourds. Une ordonnance du Ministère du Travail du 29 juillet 1925 prescrit la publication d'une liste spécifiant tous les travaux interdits aux femmes et aux enfants, rendant responsable l'employeur pour chaque contravention et en fixant les pénalités.

Tchécoslovaquie. — L'interdiction d'employer les femmes à des travaux dangereux est prévue par l'Ordonnance ministérielle du 25 juin 1925 pour la Russie Subkarpathique et la Slovaquie.

Italie. — L'article 1er de la Loi du 7 juillet 1907 n° 416, arrête que les femmes âgées de moins de 21 ans et les enfants de moins de 15 ans ne peuvent être admis aux travaux dangereux, trop fatigants ou insalubres. A titre d'exception seulement ils pourront être employés à des travaux dangereux et insalubres avec les précautions et dans les conditions reconnues nécessaires.

L'article 43 du susdit Règlement interdit en outre l'emploi des femmes mineures au nettoyage des moteurs, des organes de transmission et des machines en mouvement. En vertu de l'art. 39 du Règlement Général pour l'Hygiène du Travail (Décret royal du 14 avril 1927) il est interdit : *a*) d'employer les femmes de n'importe quel âge (et en général des ouvriers au-dessous de 18 ans) au transport des poids lourds, de quelque façon que ce transport soit effectué, pendant plus de 4 heures ; *b*) d'employer des ouvriers de moins de 18 ans à la manœuvre et à la conduite de wagonnets ; *c*) d'employer des enfants de moins de 15 ans à la conduite des brouettes, charrettes à bras, à deux roues dans des conditions difficiles ou dangereuses ; *d*) d'employer dans n'importe quel travail de transport les femmes après le 6e mois de grossesse.

Les mesures prévues par le Règlement Général pour l'Hygiène du Travail tendent à éviter les conséquences physiques (déformations, arrêt du développement, défectuosités du bassin, déplacement de l'utérus, interruption de la grossesse, ptoses viscérales, etc) ; dérivant facilement des genres de travaux sus-mentionnés, ainsi qu'à diminuer le péril d'accidents s'y rattachant.

MÉTIERS INSALUBRES A DOMICILE

France. — Les femmes ne peuvent se livrer à domicile à des travaux rétribués interdits, l'inspection du travail s'étendant aux travaux à domicile.

Pologne. — Ce pays ne possède pas encore de règlement définitif concernant le travail à domicile, il est encore à l'état de projet.

Tchécoslovaquie. — Il est interdit aux femmes de se livrer à domicile à des travaux interdits, mais le contrôle est impossible.

Italie. — Comme jusqu'à présent le travail à domicile a échappé à tout contrôle, on ne peut affirmer que les femmes ne s'y livrent pas à des travaux nuisibles à leur santé. Dans certains centres de l'Italie, il n'est pas rare que des femmes se livrent, à domicile, à des travaux de pyrotechnie.

L'article XXI de la « Charte du Travail » établit que le contrat collectif du travail étend ses bénéfices et sa discipline aux travailleurs à domicile. Des règles spéciales seront édictées par l'Etat afin d'assurer la propreté et l'hygiène du travail à domicile.

Jusqu'à présent, le travail à domicile, sans s'appliquer à des travaux dangereux, pénibles, ou interdits aux femmes, s'est développé presque toujours d'une façon nuisible (Sweating System), soit quant aux conditions du milieu, à la durée excessive de ce travail, qui se prolonge souvent dans la nuit, ou à la trop modique rémunération et à l'absence absolue de toute loi de protection ou d'assistance.

De nombreuses enquêtes ont été faites à ce sujet en Italie, et toutes ont mis en évidence des facteurs extrêmement graves tels que : l'emploi d'enfants, la plupart au-dessous de 12 ans, la durée excessive de la journée de travail, l'absence du repos dominical, le peu de repos journalier, la modicité du salaire, le milieu impropre au travail, etc...

Le travail à domicile est dangereux aussi pour la race. Une enquête faite par Carmagnano (1920) montra pour les travailleuses à domicile, un quotient de fécondité inférieur à celui des ménagères et des paysannes, un pourcentage plus élevé de fausses couches attribuées à des causes professionnelles, une mortalité infantile plus grande due surtout à des causes congénitales et à des maladies de l'appareil digestif. Il n'existe pas vraiment de dispositions législatives réglant et disciplinant le travail à domicile qui, comme on l'a vu, est surtout exercé par des femmes. Un projet de loi présenté au Parlement en 1921 par le Ministre du Travail n'eut pas de suite, et l'Italie attend avec confiance que la déclaration de l'article XXI de la Charte du Travail, trouve au plus vite son application pratique et bienfaisante, tant au point de vue économique qu'à celui de l'hygiène sociale.

LES TRAVAUX INTERDITS SONT-ILS MIEUX RÉTRIBUÉS ?

France.— Cela dépend des cas (loi de l'offre et de la demande).

Pologne. — Il n'y a aucune différence de rétribution entre les travaux interdits aux femmes, et ceux qui sont autorisés, (par exemple : le transport de matériaux de constructions est habituellement effectué par des enfants qui reçoivent un salaire absolument dérisoire.)

Tchécoslovaquie. — En général, les travaux interdits aux femmes sont, pour cette raison, mieux rétribués.

Italie. — Pas toujours.

STATISTIQUES CONCERNANT LES MALADIES PROFESSIONNELLES

France. — Le Ministère du Travail publie chaque année une statistique des maladies professionnelles.

La discrimination entre les malades hommes et femmes n'y est faite que pour le saturnisme et l'hydrargyrisme.

Voici les chiffres des années 1928 et 1929 :

Saturnisme : en 1928 hommes 1393 — femmes 132.
— — 1929 — 1691 — — 155.
Hydrargyrisme : en 1928 hommes 14 — femmes 9.
— — 1929 — 5 — — 1.

Le nombre des travailleurs de l'un et l'autre sexe soumis aux dangers d'intoxication n'étant pas indiqué, la statistique ne permet pas de savoir si le pourcentage des intoxications est différent.

Pologne. — Ces statistiques sont fournies par les « Caisses de Secours aux malades. »

Tchécoslovaquie. — Les statistiques manquent relativement au sexe. Seules existent des statistiques se rapportant à l'état de santé de personnes en contact avec le radium, mais elles n'ont pas encore été publiées.

Italie. — Il n'y a pas en Italie de renseignements statistiques et globaux sur la morbidité ouvrière, parce que l'assurance contre les maladies n'existe pas en Italie, excepté dans les nouvelles provinces ; et l'assurance professionnelle, de date récente, n'est pas encore entrée en vigueur. Il existe cependant d'anciennes statistiques : (Bovio 1881-85, Ghelardi 1908-17, Ferranini 1868-1917, Raseri 1904-1906, etc.) et de nombreuses études médico-sociales concordant toutes à affirmer l'influence dangereuse de travaux et de métiers spéciaux, sans donner, d'ailleurs, de chiffres comparatifs entre les deux sexes. Mais d'après les différentes études, il ressort toujours que, dans les mêmes conditions, la morbidité et la mortalité des travailleuses sont supérieures à celles de la population ouvrière masculine.

SENSIBILITÉ DE LA FEMME A CERTAINES INTOXICATIONS

France. — Les opinions à ce sujet sont vagues et contradictoires : il n'existe pas de travaux démontrant de façon objective que la femme soit, toutes autres conditions égales, plus sensible à certaines intoxications ou dangers professionnels.

Pologne. — De l'analyse des cas de maladies qu'on peut observer parmi les deux sexes d'une population ouvrière, il résulte de façon évidente que l'organisme des femmes est, en général, plus sensible à certains dangers d'origine professionnelle, que la maladie est plus longue et la vieillesse plus précoce.

Quelques exemples de résistance plus ou moins grande de la part d'hommes et de femmes, ne changent pas l'affirmation générale tendant à considérer la femme comme étant moins résistante que l'homme.

Pour cette raison, il semble superflu d'entrer dans des détails, établissant au contraire le principe général qu'en Pologne, comme partout ailleurs, le travail du plomb et celui des produits chimiques sont parmi les plus dangereux pour la santé de l'ouvrier.

Tchécoslovaquie. — Impossible de donner notre avis ; nous manquons de renseignements.

Italie. — Nous n'avons pas de renseignements précis. Quelques-uns acceptent cette théorie, d'autres la repoussent, et parmi ceux-ci les hygiénistes. Ils disent que l'on doit, non pas au sexe, mais à des conditions déterminées, et surtout aux conditions hygiéniques du travail, la plus ou moins grande sensibilité à certains poisons industriels, comme le démontre le fait que les intoxications professionnelles ne frappent pas de manière uniforme tous les individus employés au même travail.

Teleky soutient qu'il ne faut pas croire que les femmes (et les enfants) soient, en raison de leur constitution, plus sensibles aux poisons industriels (excepté peut-être au benzol).

Ces poisons sont au contraire particulièrement dangereux quant aux fonctions de la maternité, ainsi qu'aux phases de la vie sexuelle féminine et ont leur répercussion sur tout l'organisme. On sait par exemple, que si l'intoxication hydrargyrique n'attaque pas la fécondité masculine, ni ne semble influer sur la race, elle produit au contraire de très graves altérations, soit sur les organes de reproduction féminins, soit sur la progéniture elle-même (Ferrannini).

Le saturnisme, également, est plus sérieux chez les femmes que chez les hommes, même lorsqu'elles ont été moins exposées à l'action du toxique. Il en est ainsi, plus ou moins, pour les autres intoxications professionnelles. Une enquête faite à New York en 1926, dans six fabriques où l'on employait le benzol, démontra que 32 % des travailleuses présentaient des troubles du sang ;

pendant la guerre dans les fabriques de munitions où l'on employait du trinitrotoluène, 28,6 % des femmes étaient intoxiquées contre 20 % des hommes ; dans d'autres fabriques les femmes exposées à l'action de la dinitrobenzine tombaient malades dans la proportion de 66 % contre 56,7 % chez les hommes. En Grande Bretagne, les femmes se montrèrent tellement sensibles à l'éther sulfurique qu'on dut les remplacer toutes par des hommes.

Mais il est certain que, considérant la femme, non comme un organisme inférieur à celui de l'homme ou plus faible, mais biologiquement et physiquement différent, il est impossible que le même travail soit exécuté par les deux sexes dans des conditions égales, et au lieu de parler de plus ou moins grande sensibilité, il faudrait dire plus ou moins grande résistance à des facteurs déterminés, intrinsèques et extrinsèques, et à des fonctions déterminées de la vie.

LES FEMMES SONT-ELLES PLUS SENSIBLES AUX INTOXICATIONS ?

France. — Il est certain qu'il existe une sensibilité aux intoxications, variant avec les individus et le sexe.

Pologne. — Voir remarque précédente.

Tchécoslovaquie. — On constate qu'il existe une sensibilité identique chez les deux sexes.

Italie. — Il existe une sensibilité étroitement individuelle qui varie, non seulement en raison du sexe, mais entre individus du même sexe, de sujet à sujet, dépendant en outre de facteurs extrinsèques, alliés à l'hygiène et à la technique du travail. Toute la doctrine de la sélection du travailleur et de l'orientation professionnelle se base, comme on sait, sur les qualités individuelles spéciales et sur l'étude de la biotipologie et de la constitution en vue de la meilleure utilisation ouvrière et de la diminution des cas particuliers de dommages professionnels.

EXAMEN MÉDICAL AVANT L'ADMISSION AU TRAVAIL

France. — L'examen médical avant embauchage est obligatoire pour certaines entreprises, ce sont :

1° celles où l'on manipule le plomb et ses composés.
2° les couperies de poils.
3° le soufflage à bouche.
4° les travaux dans l'air comprimé.

Pologne. — Un contrôle médical préventif n'est indispensable que pour l'emploi des enfants des deux sexes. Cependant, dans beaucoup d'ateliers l'examen médical a lieu pour tous les ouvriers,

l'employeur considérant les avantages de la sélection au point de vue du rendement. Il faut cependant rappeler que la loi du 2 juillet 1924 (art. 6) sur le travail des femmes et des enfants, prévoi toujours la visite médicale préventive avant l'admission au travail, ainsi que (art. 7) le contrôle médical périodique pour les enfants des deux sexes au-dessous de 18 ans.

Le but de l'article 6 est d'empêcher l'admission d'enfants présentant des tares organiques ou prédisposés à des maladies déterminées, et qui pourraient se développer en raison du travail proposé. L'article 7 a surtout pour but la surveillance des enfants dans les travaux dangereux, afin d'éviter tout préjudice physique pouvant découler d'un travail à salaire minimum.

Tchécoslovaquie. — La visite médicale périodique est obligatoire pour les travaux suivants : mercure, plomb, aniline, hydrogène sulfuré, tabac, benzol, caoutchouc, radium, la fabrication des produits chimiques et de la soie artificielle.

Italie. — Art. 6 du Règlement Général pour l'hygiène du travail, 14 avril 1927, art. Art. : I. Décret du 20 mars 1929.

Doivent être soumis à des examens médicaux préventifs et à des visites médicales périodiques les ouvriers employés à certains travaux dangereux. La liste de ces travaux étant trop longue pour trouver sa place dans un rapport au cadre forcément restreint, nous nous bornons à en citer les principaux :

Travaux concernant : les soins aux animaux malades, la manipulation des peaux et poils, des engrais composés de résidus animaux (charbon et morve) : pas de visite préventive, mais visite immédiate quand l'ouvrier déclare ou présente des symptômes d'intoxication. Les mines (ankylostomiase) : visite préventive dans toutes les mines occupant plus de 20 ouvriers ; visites périodiques tous les 4 mois seulement dans les mines infectées ou qui ont été désinfectées dans une période de moins d'un an.

Le plomb : visite préventive (excepté pour la manipulation des lingots) ; visites périodiques pour certains travaux tous les 2 mois, pour d'autres tous les 4 mois.

Le mercure : visite préventive (excepté dans la fabrication des instruments de physique à mercure) ; visites périodiques deux ou 4 fois par mois suivant les cas.

La fabrication des feux d'artifice et mèches pour mines : (phosphore blanc et jaune) visite préventive ; visites périodiques tous les quatre mois. La fabrication des chromes et chlorates alcalins, pas de visite préventive ; du chlore, acide chlorhydrique, visite préventive ; visites périodiques deux fois par mois ; du sulfure de carbone, visite préventive, et visite immédiate lorsque l'ouvrier déclare ou présente des symptômes d'intoxication.

L'emploi de toute substance dissoute dans la benzine, le benzol, le toluène, ou le scylol, visite préventive, et visite immédiate

quand l'ouvrier déclare ou présente des symptômes suspects d'intoxication, etc..., etc...

Le service sanitaire peut être remplacé, selon certaines règles, par le Médecin de la fabrique, ou par les officiers sanitaires d'une clinique ou hôpital ; ceux-ci devront signaler à l'Inspecteur du Travail les cas d'intoxications et d'infections constatés et exécuter toutes les prescriptions hygiéniques, prophylactiques et autres nécessaires aux différents cas.

La loi défend l'admission au travail des femmes mineures ou des enfants non munis d'un livret personnel contenant, en plus d'autres éléments requis, un certificat médical délivré gratuitement par l'officier sanitaire de la Commune, et constatant que l'ouvrier est sain et apte au travail auquel il se destine. Dans les cas particuliers l'officier sanitaire devra spécifier les travaux auxquels le sujet examiné n'est pas apte.

EXAMENS MÉDICAUX AU COURS DU TRAVAIL

France. — En général, des examens mensuels ou trimestriels ont lieu, suivant les cas, pour tous les travaux malsains ou dangereux.

Pologne. — Voir dernière remarque.

Tchécoslovaquie. — Il existe des examens médicaux périodiques.

Italie. — Voir le résumé ci-dessus. En ce qui concerne le travail des femmes et des enfants l'article 48 du règlement impose à l'officier sanitaire des visites périodiques par lesquelles il doit s'assurer que ces ouvriers sont capables de supporter le travail qu'ils exécutent et aussi s'ils sont ou non affectés de maladies contagieuses.

De telles visites devront souvent être répétées en cas de changement d'occupation, et chaque fois qu'un Inspecteur du gouvernement (art. 49) pensera que l'état de santé du sujet ne lui permet pas de continuer un travail déterminé, il devra en être exclu, s'il s'agit d'une femme mineure ou d'un enfant. Les fonctionnaires-surveillants peuvent aussi ordonner (art. 50) des visites générales de tout le personnel, quand ils le considèrent nécessaire, pour éviter la propagation des maladies contagieuses.

AFFICHES EXPOSANT A L'OUVRIER LES DANGERS QUE PRÉSENTE SON TRAVAIL

France. — L'affichage des décrets relatifs aux métiers dangereux et aux règlements qui s'y rattachent est obligatoire.

Pologne. — Il n'existe pas en Pologne de règlements par lesquels l'ouvrier doit être informé des dangers que présente son travail.

Tchécoslovaquie. — Les ouvriers sont éclairés, par voie d'affiches, dans les différents ateliers, sur les dangers auxquels leur travail les expose.

Italie. — L'article 2 du Règlement Général pour l'hygiène du travail établit que, dans les ateliers industriels et commerciaux où sont employées des matières asphyxiantes, toxiques ou dangereuses pour la santé, l'ouvrier sera prévenu par voie d'affiches permanentes, du danger auquel il est exposé ainsi que de la façon de prévenir les accidents par des moyens de protection appropriés.

REGLEMENTS SPÉCIAUX A L'EGARD DE TRAVAUX MALSAINS OU DANGEREUX

France. — En outre des décrets rendant obligatoires, en France, les conventions internationales concernant l'emploi du phosphore dans la fabrication des allumettes et l'emploi de la céruse, il existe des règlements spéciaux concernant diverses industries : plomb et composés plombiques, couperies de poils, fabriques d'acéto-arséniate de cuivre — établissements exposant à l'infection charbonneuse ; manipulation du linge sale dans les blanchisseries, emploi des objets de pansements usagés ; soufflage à bouche ; emploi du ciment ; établissements mettant en œuvre des courants électriques, travaux dans l'air comprimé ; établissements où se dégagent des matières explosibles ; établissements où il est fait usage de voies ferrées pour le transport des marchandises ; chantiers de bâtiments et travaux publics.

D'une manière générale sont interdits aux femmes les industries ou les ateliers où l'on manipule des acides ou des composés toxiques, ceux où se dégagent des poussières ou des vapeurs nocives, des émanations dangereuses ; la conduite des machines ou le maniement d'appareils nécessitant un travail prudent et attentif, etc...

Pour la liste des travaux interdits aux femmes, ou autorisés sous certaines conditions, voir le texte des Décrets des 21 mars 1914 et 29 septembre 1925.

Pologne. — Les règlements spéciaux contre les travaux dangereux sont prévus dans le Décret du Ministère du Travail du 29 Juillet 1925, décret que nous ne transcrivons pas parce qu'il est analogue à celui qui est adopté par la législation du travail en France, en Allemagne et dans d'autres pays.

Tchécoslovaquie. — Des règlements spéciaux existent pour les travaux dangereux mentionnés précédemment. Il existe, en outre, une loi concernant les travaux d'imprimerie et l'intoxication par le plomb. (Décret du 25 juin 1926).

Italie. — Il existe des règlements pour les travaux dangereux, pour les matières asphyxiantes, toxiques, infectantes, caustiques, corrosives, irritantes, les poussières, etc. et en somme pour toutes celles qui peuvent mettre en danger la santé des travailleurs.

INDICATIONS AUX MÉDECINS INSPECTEURS FOURNIS PAR LA LOI

France. — Les mesures légales ne comportent pas d'indications pour les médecins-inspecteurs.

Pologne. — Aucune mesure légale ne concerne l'inspection de la santé des ouvriers.

Cependant, les médecins de la Caisse de Secours auxquels incombent, outre les visites périodiques, la visite sanitaire des enfants au moment de leur admission au travail, reçoivent de leurs chefs des instructions et des questionnaires détaillés.

Tchécoslovaquie. — Il n'existe pas de mesures légales comportant des indications pour les médecins-inspecteurs.

Italie. — Le Règlement de l'Hygiène du Travail prescrit que les ouvriers qui doivent être examinés, le seront par des médecins *compétents.*

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

France. — Les maladies professionnelles sont assujetties à la loi régissant les accidents du travail depuis 1919. La déclaration en est obligatoire ainsi que l'indemnité. La liste des maladies professionnelles ayant droit à indemnités se trouve dans la loi du 25 octobre 1919 et les décrets des 19 février 1927 et 1er janvier 1931.

Pologne. — L'assurance contre les accidents est obligatoire ; mais comme, en général, les maladies professionnelles ne sont pas considérées par la loi comme accidents du travail, bien que les règlements en projet regardent comme tels les cas d'empoisonnement par le mercure, le plomb et composés plombiques, il n'existe pas de véritable assurance contre les maladies professionnelles. En vertu du règlement en vigueur, on peut considérer certaines maladies professionnelles comme des accidents survenus pendant et par le travail, avec toutes les conséquences qui en dérivent, pourvu que ces maladies soient constatées dans le milieu même, et soient en rapport étroit avec le travail effectué (empoisonnements, fièvres soudaines, etc.).

Tchécoslovaquie. — L'assurance contre les accidents existe pour les deux sexes ; elle prévoit aussi une indemnité obligatoire pour les maladies professionnelles.

Italie. — Décret royal du 31 janvier 1904 : accidents industriels du travail. Loi du 14 juillet 1907 : accidents du travail dans les soufrières de la Sicile. Décret royal, loi du 20 août 1923 : accidents

concernant la navigation aérienne. Décret royal, loi du 23 août 1917, accidents du travail agricole.

L'assurance contre les maladies professionnelles est obligatoire en vertu du Décret Royal du 13 mai 1929 (XXVII déclaration de la Charte du Travail) et s'étend aux intoxications par le plomb, le mercure, le phosphore, le sulfure de carbone, le benzol et à l'ankylostomiase.

Des indemnités sont prévues par cette loi en cas : *a*) d'incapacité temporaire, (à partir du dixième jour de la maladie) ; *b)* d'incapacité permanente quand l'aptitude au travail est réduite d'au moins 20 %. La loi oblige les médecins à la déclaration de tous les cas de maladies professionnelles ; elle oblige aussi l'ouvrier à se soumettre aux traitements que la Caisse d'assurances considère comme nécessaires, et à entrer, à telle fin, dans les endroits de cure indiqués par elle et dont elle supporte les frais. L'ouvrier perd son droit à l'indemnité en cas de refus injustifié.

PROTECTION DE LA FEMME CONTRE LES ACCIDENTS PROFESSIONNELS

France. — Les mesures de protection de la femme contre les accidents professionnels partent d'un double principe : 1° L'enfant doit être protégé à travers la femme. 2° La femme, considérée comme moins résistante que l'homme à la fatigue et aux intoxications, doit-être protégée pour elle-même.

1° Du point de vue de l'enfant on ne saurait trop étendre les mesures protégeant la femme enceinte et la mère nourrice. Mais si l'on songe à protéger l'enfant avant la conception, il ne suffit pas d'interdire certains travaux à la femme en général (considérée comme procréatrice possible). N'est-il pas démontré, pour le saturnisme tout au moins, que l'imprégnation toxique du père au moment de la conception suffit à tarer l'enfant ? L'imprégnation toxique de la mère au moment de la conception n'est pas plus dangereuse pour l'enfant ; elle ne le devient que si la mère reste soumise à l'influence toxique pendant la grossesse et pendant la lactation.

2° Du point de vue de la femme, il faudrait qu'il fût démontré qu'en dehors de la gestation et de l'allaitement, et toutes autres conditions égales, la femme est plus sujette que l'homme aux accidents et intoxications professionnels. Cette démonstration ne paraissant pas faite, il ne semble pas souhaitable de continuer dans la voie des restrictions et d'aggraver les conditions économiques des femmes en restreignant leur liberté de travail par une liste, chaque jour plus longue, de métiers interdits.

Au nom de l'hygiène, il vaudrait mieux demander aux législateurs de s'en tenir à l'amélioration hygiénique des métiers dangereux ou insalubres, et cela pour tous les travailleurs, hommes et femmes : (recherche intensive de substances anodines à substi-

tuer aux corps toxiques, généralisation obligatoire de l'aspiration des poussières, aération large des locaux, surveillance médicale, etc..., etc...)

Il faudrait demander aussi une étude médicale et physiologique serrée des susceptibilités des travailleurs aux dangers professionnels, en tenant compte, non seulement du sexe, mais de tous les facteurs qui peuvent intervenir.

Des mesures spéciales ne devraient être prises que dans deux cas : *a)* pour tout travailleur ou toute catégorie de travailleurs (qui ne sera pas forcément et uniquement l'ensemble du sexe féminin) reconnue plus sensible de par certaines conditions physiologiques ou pathologiques ; *b)* pour les femmes, pendant la gestation (dès son début) et pendant la lactation.

Pologne. — La loi n'assure pas de protection à la femme plutôt qu'à l'homme dans les accidents professionnels, ce qui devrait être cependant, en raison de la maternité à laquelle elle peut être appelée.

La liste des travaux interdits aux femmes est loin d'être satisfaisante.

Il existe, en dehors de cette liste, d'autres travaux dangereux et toxiques pour l'organisme féminin et qui n'ont pas été considérés au point de vue de la maternité ; travaux qui sont, en outre, également dangereux pour les organes en état de développement physique.

C'est pourquoi l'inspection féminine du travail, en Pologne, a spécialement en vue l'étude minutieuse de l'effort de la travailleuse, son attitude dans le travail professionnel et les effets noscifs qu'il peut avoir sur son organisme.

Tchécoslovaquie. — Il est inutile de demander pour la femme une protection spéciale contre les dangers professionnels : des droits égaux, humains et sociaux doivent être exigés pour les deux sexes.

Italie. — Les lois italiennes ne font pas de distinction entre les deux sexes (excepté la loi sur les accidents agricoles, qui prévoit pour les femmes, *qui ne sont pas des veuves à la tête d'une famille,* des indemnités inférieures à celles qui sont accordées aux hommes. Il faudrait étudier le problème à deux points de vue : 1° purement économique ; 2° physiologique, pathologique et social.

En ce qui concerne l'indemnité accordée en raison de l'accident physique professionnel, le droit est le même pour l'homme que pour la femme, car lorsque celle-ci abandonne le foyer pour l'atelier, c'est presque toujours poussée par la nécessité de gagner sa propre vie ou celle de sa famille.

Au point de vue économique, il faut donc dire : à travail égal, à accidents égaux, droits égaux.

En ce qui concerne le second point de vue, nous sommes

convaincus de la nécessité de l'extension de la protection de la femme dans les travaux pénibles, dangereux, et surtout dans ceux qui l'exposent à des intoxications professionnelles agissant dangereusement sur l'organisme féminin et surtout sur les organes de la reproduction, (intoxication chronique par le plomb, le mercure, le phosphore, l'arsenic, le cuivre, l'antimoine, le benzol, le sulfure de carbone, la nitroglycérine, etc.) Ces poisons sont nuisibles au produit de la conception, car ils passent de la mère au fœtus.

Il en résulte que la femme, reproductrice et dépositaire de la race est frappée dans la principale fonction biologique à laquelle elle est appelée par des lois naturelles ; péril extrêmement grave qui fait plus que justifier les interdictions imposées par la loi dans certains champs de l'activité professionnelle féminine, et qui doivent être regardées non pas comme d'injustes restrictions du travail et des possibilités économiques de la femme, mais comme un hommage dû à l'amour de la race et à son amélioration physique et morale.

C'est pourquoi il serait désirable que la protection de la femme, et par elle, celle de l'enfant, commençat au début même de la gestation (interdiction aux femmes enceintes du travail dans les rizeries, etc.) Il devrait aussi être interdit aux femmes de tout âge, de prendre part à certains travaux, par exemple, à ceux où elles sont exposées à des intoxications professionnelles, à des déformations du bassin, etc.

III. — PROTECTION DE LA MATERNITÉ

France. — La loi interdit d'employer les femmes accouchées dans les 4 semaines qui suivent les couches. Loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches, modifiée par les décrets des 5 avril 1917, 2 décembre 1927 et 4 janvier 1928.

Pologne. — Il est interdit d'employer les femmes dans les six semaines qui suivent les couches. L'employeur est responsable devant la loi.

Tchécoslovaquie. — La loi oblige les Caisses d'assurances à indemniser les travailleuses enceintes pendant la gestation, avant et après les couches.

Italie. — Loi du 17 juillet 1910, Décret royal du 24 septembre 1923, Décret royal, loi du 13 mai 1929 et Décret royal du 28 août 1930. L'article I du Décret du 13 mai 1929 interdit d'employer les femmes (ouvrières et employées), dans les établissements industriels et commerciaux pendant le mois qui précède et qui suit les couches. Cette interdiction peut, exceptionnelle-

ment, se réduire à 3 semaines, quand le genre de travail et la santé de la femme, ainsi que celle du nouveau né, le permettent.

Ces conditions doivent être attestées par un certificat médical délivré par les officiers sanitaires, les médecins de la fabrique, ou les docteurs attachés aux œuvres d'assistance.

CONDITIONS DANS LESQUELLES LA FEMME ENCEINTE PEUT QUITTER SON TRAVAIL

France. — La loi permet aux femmes de quitter leur travail pendant 12 semaines consécutives dans la période qui précède et qui suit les couches sans qu'il y ait rupture du contrat de louage de service. En cas de maladie attestée par certificat médical comme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le délai pendant lequel l'employeur ne peut leur donner congé s'étend à 15 semaines. Les femmes en état de grossesse apparente peuvent quitter leur travail sans donner de délai congé, et sans avoir à payer d'indemnité de rupture.

Pologne. — La loi du 2 juillet donne le droit à la femme enceinte d'interrompre son travail 7 semaines avant l'accouchement prévu, sur la présentation d'un certificat médical confirmant cette date. Elle lui accorde, en outre, le droit d'interrompre son travail six jours par mois de grossesse, sans qu'il y ait rupture de contrat ou indemnité de rupture par suite de ces absences.

Tchécoslovaquie. — Cette question est traitée plus loin.

Italie. — La loi pour la protection des travailleuses (ouvrières et employées) interdit d'employer les femmes enceintes pennant le dernier mois de grossesse. (Art. I Décret royal du 13 mai 1929), et oblige l'employeur à garder leur emploi aux femmes absentes en raison des dispositions susdites.

Le contrat de travail ne peut donc être rompu, même dans les cas où l'ouvrière, par suite d'une maladie consécutive à la grossesse ou aux couches, doit s'absenter au-delà de la période minimum prévue.

L'employeur doit, dans ces cas, conserver sa place à la travai leuse pendant 3 mois (art. 3). Ces dispositions peuvent aussi s'étendre aux femmes occupées à des travaux agricoles particulièrement pénibles.

Le travail dans les rizeries est interdit aux femmes pendant le dernier mois de la grossesse et le premier mois qui suit les couches. Les ouvrières et employées en état de grossesse doivent présenter à l'employeur, pendant le 6e mois, un certificat médical constatant l'époque de la gestation et la date présumée des couches.

L'employeur a le droit d'exiger le certificat médical ou d'obliger la femme à subir un examen médical. Le refus de la part de

la femme constitue une cause suffisante à la rupture immédiate du contrat de louage de service.

A partir du 6e mois de grossesse la femme ne peut être renvoyée, à moins de faute grave, et elle peut quitter son travail dès le commencement de la sixième semaine avant la date présumée des couches.

L'accouchement qui a lieu après le sixième mois est considéré comme prématuré et identifié dans tous ses effets à l'accouchement à terme. La fausse couche accidentelle ou thérapeutique, mais non voulue, est considérée comme maladie dérivant de la grossesse, et par conséquent donne les mêmes droits à la femme pourvu qu'elle présente toujours le certificat médical nécessaire La femme ne pourra, en aucun cas, reprendre son travail sans la présentation d'un certificat médical.

INDEMNITÉS

France. — Toute femme de nationalité française et privée de ressources suffisantes, a droit à une allocation journalière. Cette allocation est donnée les 4 semaines qui suivent les couches, e sur certificat médical, les 4 semaines qui les précèdent ; elle ne peut, au total, être maintenue plus de 8 semaines. Elle n'est accordée que si la femme suspend l'exercice de sa profession et observe pour elle-même et pour son enfant les soins d'hygiène nécessaires.

L'allocation journalière prévue par la loi est dérisoire. Elle est fixée pour chaque commune par le Conseil Municipal (avec participation de l'Etat et du département). Elle ne peut être inférieure à 2 fr. 50 ; si elle dépasse 5 fr., l'excédent est à la charge exclusive de la commune. (A Paris, elle est actuellement de 7 fr.).

Cette allocation n'est cumulée avec aucun autre secours public de maternité. Elle est réduite de moitié en cas d'hospitalisation. Mais elle peut se cumuler avec les ressources temporaires résultant de participation à des sociétés de prévoyance, notamment les Mutualités Maternelles.

La nouvelle loi d'assurances sociales (appliquée en France depuis octobre 1931) assure aux assujetties le ½ salaire de leur catégorie pendant 12 semaines, (6 semaines avant, et six semaines après les couches.

Pologne. — La question n'est pas réglée de façon définitive. Pendant les 2 semaines qui précèdent et les 6 semaines qui suivent les couches, l'ouvrière reçoit son salaire entier de la Caisse de Secours.

En vertu de l'article 16 de la Loi du 2 juillet 1924, elle peut interrompre son travail à partir de la sixième semaine pour le repos nécessaire, mais la Caisse de secours ne lui donne pas alors son salaire tout entier.

La plupart des ouvrières, du reste, ne profitent pas de leur

droit d'interrompre le travail à partir de la sixième semaine avant les couches, de peur de mécontenter l'employeur. D'après les renseignements recueillis : 1° par l'Inspection du Travail, il résulte que le plus souvent les travailleuses ne quittent leur travail que les derniers jours de la grossesse ; 2° pour la Caisse de Secours, on voit que les mères ouvrières reprennent le plus souvent le travail une quinzaine de jours après l'accouchement.

Elles agissent ainsi non par désir de ne pas perdre une partie de leur salaire, puisque la Caisse de Secours le leur garantit pendant 8 semaines, mais par crainte de perdre la confiance de l'employeur et de le mécontenter.

Tchécoslovaquie. — L'ouvrière assurée depuis au moins 6 mois a droit à une indemnité de six semaines avant, et six semaines après les couches, plus une prime d'allaitement égale à la moitié de l'indemnité pendant 12 à 26 semaines. Quand il s'agit d'une femme, mariée à un assuré (assurance familiale), elle reçoit un secours égal à la moitié de l'assurance du mari pendant une période de 12 semaines, plus une prime d'allaitement égale au 1/4 de l'indemnité maritale pendant 12 à 26 semaines.

Italie. — Les ouvrières et employées inscrites à la Caisse Nationale des Assurances sociales, qui gère l'Assurance obligatoire de la Maternité, reçoivent 150 lires pour chaque accouchement et 100 lires pour chaque fausse couche. A cette prime (qui représente une quote-part fixe), s'ajoute pour les femmes assurées contre le chômage involontaire, le secours de chômage augmenté encore de 0 lire 50 par jour à partir du premier jour de suspension du travail. Ce secours n'est pas accordé dans les cas où, par suite de dispositions légales, la travailleuse reçoit son salaire entier de l'employeur.

En plus de ces secours revenant de droit à toute femme assurée, elle reçoit encore, dans des cas déterminés, des secours plus ou moins généreux de différentes œuvres d'assistance : de l'Œuvre Nationale maternelle et infantile qui donne, selon les cas, non seulement des secours en argent, mais aussi en nature.

MESURES LÉGISLATIVES CONCERNANT L'ALLAITEMENT

France. — Toute Française admise au bénéfice de la législation des femmes en couches reçoit pendant les 12 mois qui suivent les couches, si elle nourrit, une allocation supplémentaire dite « prime d'allaitement », qui est actuellement de 45 fr. par mois.

La loi d'assurances sociales prévoit pour les assujetties, nourrissant leur enfant, une prime d'allaitement de 150 francs les 4 premiers mois, de 100 francs les cinquième et sixième mois, de 50 francs les septième, huitième et neuvième mois.

Dans tout établissement industriel et commercial ou dépendance, les mères allaitant leurs enfants, disposent pendant un an, (à dater du jour de la naissance), d'une heure par jour en deux périodes de 30 minutes pendant le travail.

Les chefs d'établissement occupant plus de 100 femmes de plus de 15 ans « peuvent » être mis en demeure d'installer dans leur établissement ou à proximité une « chambre d'allaitement ».

La loi autorise les employeurs à remplacer les chambres d'allaitement par une indemnité permettant à la mère nourrice de quitter son travail. Les indemnités (taux et durée) sont fort variables. En voici une à titre d'exemple : ½ salaire pendant 3 mois et ensuite 1/4 de salaire jusqu'au sevrage, avec maximum d'un an.

Dans la plupart des villes il existe des « Crèches » (municipales ou privées) recevant les bébés pendant la journée. Ces crèches sont soumises à l'inspection. Il s'y produit, malheureusement trop souvent, des épidémies meurtrières (rougeole, etc.). Les mères ne les trouvent pas toujours à proximité de leur domicile.

Pologne. — Les établissements occupant plus de 100 femmes sont obligés d'installer, à leurs frais, des Crèches annexées aux établissements, et de permettre aux mères allaitant leurs enfants, de disposer d'une heure par jour, en deux périodes de 30 minutes pour l'allaitement, sans que ce repos entraîne une diminution de salaire.

Thécoslovaquie. — Nous réfère au paragraphe « indemnités ».

Italie. — L'assurance obligatoire de maternité ne prévoit pas de primes d'allaitement.

Elle oblige les employeurs à accorder aux mères qui nourrissent leurs bébés, pendant un an à dater du jour de la naissance, deux périodes de repos par jour pour l'allaitement.

Ces périodes de repos durent une heure chacune quand la femme doit sortir de l'établissement et une demi-heure quand l'employeur a fait installer une chambre d'allaitement. Elles ne se confondent pas avec les heures de repos prescrites par l'art. 8 de la loi du 1er novembre 1907 sur le travail des femmes et des enfants : (le travail des femmes et des enfants doit être interrompu pendant au moins une heure, en une ou plusieurs périodes, quand le travail dépasse 6 heures mais non 8 ; d'une heure et demie au moins quand il dépasse 8 heures mais non 11 ; de 2 heures quand il dépasse 11 heures).

Les périodes de repos pour l'allaitement sont considérées comme heures de travail et payées comme telles.

Dans tout établissement occupant plus de 50 femmes, employées et ouvrières, de 15 à 50 ans, l'employeur est obligé d'installer une chambre d'allaitement annexée à l'établissement dans les conditions hygiéniques prévues par l'art. 14 du Règlement général de l'Hygiène du Travail : (chambre éloignée des gaz,

poussières, odeurs, bruits ; bien exposée, chauffée en hiver, bien éclairée, murs et parquets lavables ; meublée d'au moins une table avec petit matelas recouvert de tissu imperméable et fournie de petites cuvettes, d'eau chaude, savon, essuie-mains, etc...) Des chambres d'allaitement et des crèches modèles existent en Italie à la Manufacture des Tabacs de l'Etat et dans certains grands établissements industriels.

Les femmes privées de ressources reçoivent de sociétés de bienfaisance, de congrégations charitables, ou directement des Communes des primes d'allaitement ou de nourrice, généralement en argent. Ces secours sont aussi accordés à la femme qui, ne pouvant nourrir son enfant, doit recourir à l'allaitement mercenaire.

D'autres institutions, au lieu de la prime d'allaitement, acceptent les mères nourrices dans des cuisines maternelles ou restaurants maternels.

SUSPENSION ET REPRISE DU TRAVAIL

Italie. a). — Les femmes employées aux travaux agricoles, ménagers, à domicile, etc, continuent généralement à travailler presque jusqu'à la veille de leurs couches. *b)* L'époque de la reprise du travail dépend du niveau social, économique et de culture des femmes, des exigences familiales, etc.

La suspension du travail, dans les conditions indiquées, tend à se généraliser en raison du développement progressif des œuvres d'assistance et d'éducation, tant dans le milieu familial que dans celui du travail.

STATISTIQUES CONCERNANT LA MORBIDITÉ LA MORTALITÉ, LES FAUSSES COUCHES, ETC...

France. — Statistiques de la Maternité de la clinique Baudelocque :

Poids moyen des nouveau-nés :

Femmes ayant travaillé « debout » jusqu'à l'accouchement :

Primipares 355	Poids 2 kgs 931
Multipares 523	— 3 kgs 110

Femmes ayant travaillé « assises » jusqu'à l'accouchement :

Primipares 219	Poids 3 kgs 097
Multipares 388	— 3 kgs 330

Femmes s'étant reposées pendant 2 à 3 mois :

Primipares 298	Poids 3 kgs 255
Multipares 301	— 3 kgs 457

Femmes qui se sont reposées pendant plus de 3 mois :

Primipares 199 .... Poids 3 kgs 397
Multipares 234 .... — 3 kgs 503

Pas de renseignements concernant les fausses couches et accouchements prématurés ni sur la santé des enfants.

Pologne. — Pas de renseignements.

Tchécoslovaquie. — Pas de renseignements.

Italie. — Beaucoup d'enquêtes ont été faites à ce sujet en Italie : (Vicarelli, Allaria, Ferrannini, Alfieri, Carozzi, Loriga, Peri, Calderini, La Torre, Carlini, Raffaelli, Fraschetti, etc...) et toutes ont démontré l'influence noscive que le travail exerce sur les mères ouvrières et sur leurs enfants.

Le poids moyen des nouveau-nés de femmes ayant travaillé jusqu'à l'accouchement était assez inférieur à celui des enfants nés de femmes s'étant reposées pendant les derniers temps de la grossesse.

Des statistiques de la clinique de Pavie, Alfieri a pu démontrer que seulement 27,81 % des nouveau-nés de femmes hospitalisées plus de 30 jours avant les couches n'atteignaient pas 3 kgs ; tandis que le pourcentage s'élevait à 32,81 % pour les femmes hospitalisées de 11 à 30 jours avant les couches ; à 43,39 % pour les femmes hospitalisées 4 à 10 jours avant les couches ; à 45,33 % pour les femmes hospitalisées lorsqu'elles étaient déjà en travail, ou 3 jours avant l'accouchement.

Selon la profession de la mère, les nouveau-nés qui pesaient moins de 3 kgs se répartissaient ainsi :

40,56 % pour les paysannes.
37,97 % pour les ouvrières privées.
36,46 % pour les domestiques.
27,72 % pour les ménagères.

Vacari, à la Maternité de France a noté que le poids des nouveau-nés était de :

3 kgs 100 pour les ménagères.
3 kgs 093 pour les domestiques.
3 kgs 040 pour les ouvrières privées.
2 kgs 929 pour les ouvrières d'usines,

entrées au moment des couches ou moins de 14 jours avant les couches.

Calderini sur 3.679 femmes hospitalisées à la Clinique Obstétricale de Bologne a noté que les poids des nouveau-nés à terme pour 100 femmes de toutes catégories étaient les suivants :

Sur 100 femmes saines, Poids des nouveau-nés :

a) Primipares : 3 kgs 375 ;
b) multipares : 3 kgs 580.

Sur 100 femmes travaillant à l'Arsenal, Poids des nouveau-nés :

a) Primipares : 2 kgs 955 ;
b) Multipares : 3 kgs 105.

Sur 100 femmes cigarières :

a) Primipares : 2 kgs 955 ;
b) Multipares : 3 kgs 105.

Sur 100 femmes allumettières :

a) Primipares : 2 kgs 955.
b) Multipares : 3 kgs 105.

Vicarelli, qui fit des études semblables avec résultats analogues, conclut que *le produit humain des travailleuses décline déjà physiquement dès la naissance*, (moindre poids et moindre longueur du fœtus). Carlini attribue ce moindre développement chez les enfants nés de mères ouvrières à la durée plus courte de la gestation, du fait que la fatigue et le travail, surtout debout, favorisent la descente de l'utérus dans le bassin, et par conséquent, l'accouchement avant terme (Pinard), d'où ressort la grande importance que le repos et la bonne nutrition de la mère ont sur le soma fœtal.

En ce qui concerne la mortalité et la morbidité infantiles, surtout dans la première année de la vie, les statistiques si élevées de tous les pays démontent qu'elles le sont surtout pour les enfants des mères ouvrières retournées au travail, et obligées de recourir à l'allaitement artificiel (toutes les maladies de l'appareil gastro-intestinal figurent parmi les plus nombreuses causes de la mortalité infantile).

En Suisse, les femmes récemment accouchées étant exclues des ateliers industriels, la mortalité infantile a diminué de 5 % et en France, (à Mulhouse), de 15 %.

Des enquêtes minutieuses ont révélé une moindre fécondité de la femme ouvrière en comparaison de celle de toutes les autres femmes, (stérilité volontaire et involontaire), et un pourcentage supérieur des accouchements prématurés et des avortements.

Crisafulli, dans une de ses enquêtes (1904), a trouvé que les femmes occupées aux travaux des produits miniers et chimiques avaient 45 accouchements par 1.000 ouvrières tandis que pour les femmes italiennes la moyenne est de 140 accouchements par 1.000 femmes.

Alfieri a noté dans la Commune de Milan, en 1908, que les mort-nés étaient de 3,7 % et les fausses couches de 4,81 % chez les mères exerçant les métiers fatiguants, tandis qu'ils étaient, respectivement, de 2,46 % et de 3,75 % chez les mères non assujetties à des travaux pénibles.

Il est prouvé que les femmes exposées à des dangers d'origine professionnelle, contractent des désordres ménorragiques plus ou moins graves, allant jusqu'à la stérilité par hypoplasie génitale produite par le toxique, tandis que le passage des poisons dans le fœtus par le filtre placentaire (plomb, mercure, nicotine, cuivre, arsenic, etc...) amène souvent des fausses couches, des avortements, la néomortalité et une mortalité infantile très élevée dans la première année de vie. On calcule que, parmi les enfants nés de mères travaillant le plomb, la mortalité infantile est de 40 %, et parmi celles qui travaillent le mercure de 65 %, etc.

Frongia, dans une étude publiée avant l'entrée en vigueur de la législation sur le travail des femmes et des enfants, déclare que sur 456 ouvrières des mines sardes de Galéna, la puberté commençait normalement seulement dans 9,65 % des cas, et tardivement dans 90,35 %, pour devenir régulière dans 13,85 % des cas, et irrégulière dans 86 %. Parmi ces ouvrières, après le mariage, 20 % étaient demeurées stériles ; 12,35 % n'ont pu conduire leur grossesse à terme et, parmi les enfants non mort-nés, 90 % étaient cachectiques ou dégénérés et 30 % sont morts les premiers mois, ou dans les premières années de leur vie ; à 20 ans, de 90 à 95 % étaient inaptes au service militaire.

Il existe encore sur ce sujet beaucoup d'études italiennes auxquelles on ne peut se référer ici, vu l'espace restreint, et d'autant plus que leurs conclusions sont analogues et concordantes.

OBSERVATION DU REPOS LÉGAL

France. — Il est très difficile de préciser dans quelles proportions les femmes observent le repos légal.

Un certain nombre de femmes cachent leur accouchement récent pour se faire embaucher avant l'expiration des 4 semaines où il est interdit de les employer.

Quant au repos avant les couches, les femmes ont la facilité de le prendre, mais il n'est pas obligatoire. La plupart des ouvrières n'en profitent pas et préfèrent travailler jusqu'au terme de leur grossesse.

Ces faits tiennent au chiffre dérisoire de l'allocation attribuée aux travailleuses nécessiteuses pendant le repos légal (7 fr. à Paris).

Il est à espérer qu'ils seront moins fréquents chez les assujetties à la nouvelle loi d'assurances sociales (½ salaire pendant 12 semaines).

Ils sont exceptionnels dans les administrations (postes et télégraphes, instruction publique, etc...) où le salaire intégral est payé pendant le repos qui précède et qui suit les couches.

Mais un trop grand nombre de femmes, mal éclairées sur ce qui est leur véritable intérêt, profitent du repos légal pour se

livrer chez elles à des travaux ménagers souvent plus surmenants que le travail professionnel.

Pologne. — Les femmes ne font pas d'autre travail pendant la période légale de repos.

Tchécoslovaquie. — Le paiement de l'allocation avant et après les couches, et la prime d'allaitement, empêchent la femme de faire un autre travail, parce que les Caisses d'Assurance qui paient ces allocations surveillent la mère ouvrière afin de s'assurer si elle observe ou non le repos obligatoire ; mais, en pratique, le contrôle est difficile.

Italie. — Il est impossible de préciser dans quelles limites le repos est observé.

La législation récente qui impose le certificat de grossesse, tendrait précisément à maintenir le principe du repos absolu avant les couches. Mais ce repos est difficile à obtenir parce que la mère ouvrière doit, la plupart du temps, préparer elle-même tout ce que nécessite son état, sans renoncer à ses devoirs domestiques ordinaires ni aux travaux supplémentaires qu'elle a pu entreprendre.

Les enquêtes à ce sujet sont impossibles. Il est logique que les femmes cachent une activité qui se développe en contravention avec la loi.

PROPORTION DES TRAVAILLEUSES ACCOUCHANT CHEZ ELLES OU DANS LES HOPITAUX

France. — Nous n'avons pas de renseignements à ce sujet.

Pologne. — Pas de renseignements.

Tchécoslovaquie. — Sauf dans les Maternités qui dépendent des Compagnies d'Assurance, aucun contrôle n'est possible.

ASSURANCE MATERNITÉ

France. — La nouvelle loi d'assurances sociales prévoit une assurance maternité pour les assujetties.

Pologne. — La loi du 19 mai 1920 rend obligatoire pour la femme, l'assistance maternité.

La mère ouvrière a droit aux formes d'assistance suivantes : *a)* assistance médicale octroyée par la Caisse de Secours, puisque cette assurance est obligatoire ; *b)* paiement du salaire entier pendant les couches, et pour une période ne dépassant pas 8 semaines, dont 6 au moins devront suivre l'accouchement ; *c)* une prime d'allaitement de 0 fr. 60 à 1 franc cinquante par jour, à partir du moment où lui est accordée l'allocation mentionnée au paragraphe *b)*, pendant une période qui ne peut dépasser

12 semaines ; *d)* au cas où la travailleuse ne peut reprendre son travail après le terme légal, il lui est possible, en vertu des règlements généraux pour les ouvriers malades, de toucher une allocation journalière égale à 60 % du salaire.

Tchécoslovaquie. — Les Compagnies d'Assurance ont une Assurance Maternité.

Italie. — Loi du 17 juillet 1910 ; Décret royal, loi du 13 ma 1929 ; Décret royal du 28 août 1930. (n°s 1, 2, 3, 4 : partie III).

Ne bénéficient pas de ces lois, les ouvrières et employées qui, appartenant aux nouvelles provinces, sont assujetties à l'Assurance Maladie, selon le Décret du 29 novembre 1925 qui leur donne droit à l'assistance obstétrique du médecin et de l'accoucheuse, à l'assistance pharmaceutique, et à la prime d'accouchement pendant une période de 4 semaines après les couches, prime qui ne peut dépasser 50 % du salaire personnel.

SUBVENTION AUX MÈRES TRAVAILLEUSES NÉCESSITEUSES

France. — Les mères travailleuses nécessiteuses ne reçoivent aucune autre subvention officielle que l'allocation aux femmes en couches et aux nourrices.

Pologne. — Lorsqu'il s'agit d'une femme veuve et pauvre, elle reçoit de la Commune une petite subvention.

Tchécoslovaquie. — Nous n'avons que les allocations prévues par les Compagnies d'Assurance.

Italie. — L'œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance, instituée en Italie par la loi du 10 décembre 1925, modifiée par le Décret royal - Loi du 21 octobre 1926 et par le Règlement du 15 avril 1926, pourvoit à la protection et à l'assistance des femmes enceintes et des mères (ainsi que des enfants abandonnés, faibles, anormaux, etc... jusqu'à l'âge de 18 ans) par une œuvre de coopération et d'utilisation des différentes institutions d'assistance publique et privée qui, jusqu'en 1925, ne pouvaient assurer la protection maternelle que d'une façon restreinte.

L'œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance a pour but de venir en aide surtout aux femmes enceintes, aux filles-mères, aux veuves abandonnées ou nécessiteuses, aux mères mariées et qui sont abandonnées par leur mari, à celles dont le mari est malade, à l'hôpital, ou en prison, incapable de subvenir aux besoins de la famille, et, en général à toutes les femmes qui, bien que *n'étant pas indigentes sont nécessiteuses.*

Cette œuvre assure l'assistance sanitaire à l'accouchée, souvent fournit la nourrice et, en général, subvient aux nécessités variées qui se présentent dans les différents cas. Elle offre aussi des dons en argent qui varient suivant les cas et les besoins.

En outre, l'Œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance, comme la Caisse Nationale des Assurances Sociales et d'autres institutions organisent des consultations gratuites pour les femmes enceintes, les mères et les nourrices au moyen d'un vaste réseau de Dispensaires et de consultations installés, soit dans les villes, soit à proximité des établissements industriels.

Elles pourvoient au service d'assistance et de surveillance à domicile par l'intermédiaire d'un personnel technique spécialisé ; à la distribution gratuite de médicaments, de layettes, à l'hospitalisation dans certains cas de maternités, etc...

MESURES LÉGISLATIVES EN VUE D'UN TRAVAIL MOINS FATIGANT POUR LA FEMME ENCEINTE

France. — Il n'y a aucune mesure législative à ce sujet. La circulaire du 1er juillet 1917 faite pour les usines de guerre n'a pas été généralisée ; elle prévoyait des mutations d'emploi relevant les femmes enceintes de toute occupation fatigante ou nuisible à leur état.

En fait cependant, les mutations d'emploi sont le plus souvent octroyées par les patrons, et l'intervention des Inspectrices du travail, ou des Assistantes sociales (la plupart des grandes entreprises industrielles ou commerciales ayant maintenant un service social bien organisé), est presque toujours favorablement accueillie, bien qu'il n'y ait aucune obligation.

Pologne. — On peut interdire aux femmes les travaux fatigants ou dangereux en vertu des lois du 16 février 1928 (hygiène du travail) et 22 août 1927 qui prévoient toutes les mesures aptes à prévenir et combattre les maladies professionnelles, et facilitent la protection de la femme enceinte contre le danger d'un travail pouvant nuire à sa santé ; mais il n'existe pas de mesure législative en vue de fournir un travail moins fatigant à la femme enceinte.

De leur propre initiative les industriels leur accordent un travail plus facile, surtout dans les établissements de l'Etat, qu'on peut donner en exemple en ce qui concerne la protection de la maternité chez les ouvrières.

Tchécoslovaquie. — Il n'existe pas de loi, mais de leur propre initiative, les employeurs remplacent les travaux fatigants par d'autres plus faciles lorsque l'ouvrière se trouve enceinte.

Italie. — Il n'existe pas d'autres mesures législatives, à part celles qui sont prévues dans l'article 39 du Règlement général de l'Hygiène du Travail, déjà cité. Ce règlement interdit aussi d'employer les femmes, après le sixième mois de grossesse, à tous les travaux de transport.

Les employeurs, d'une façon *tout à fait normale,* et sur les

indications des assistantes sociales, fournissent à la femme enceinte des travaux moins fatigants et mieux adaptés à sa condition physique.

ELARGISSEMENT DE LA PROTECTION

France. — La nouvelle loi française d'Assurances sociales avec Assurance Maternité, combinée à l'Assurance Maladie, constitue, pour notre pays, un grand progrès. Le repos avec ½ salaire est assuré pendant 12 semaines, et en cas de complication, le repos avec ½ salaire est accordé sur certificat médical à n'importe quelle période de la grossesse et aussi longtemps qu'il est nécessaire après les couches.

Le Dr Blanchier expose les mesures qui lui paraissent souhaitables :

1° Le salaire intégral devrait être versé pendant les 12 semaines de repos légal. (les intéressées ne devant avoir aucun intérêt à frauder pour diminuer le temps de repos, et la maternité ne devant pas constituer une charge pécuniaire).

Par contre, 12 semaines de repos complet en dehors de toute complication paraît un laps de temps suffisant. En cas de complication, le repos avec ½ salaire (comme pour les maladies ne résultant pas de la maternité) paraît également suffisant en dehors des 12 semaines légales.

2° L'assurance Maternité ne devrait pas être réservée aux seules femmes assujetties à la loi d'assurances sociales. Toute femme nécessiteuse, et même toute femme qui sans être absolument nécessiteuse, reste chez elle et fait un travail ménager non rétribué, devrait recevoir une indemnité lui permettant de se faire aider dans son travail ménager, et de prendre effectivement les 12 semaines de repos nécessaire au moment des couches.

3° La loi doit prévoir et donner la possibilité légale à toute femme, par des mutations d'emploi ou par un changement complet de travail, si c'est utile, de cesser tout travail tant soit peu nuisible à la maternité, et cela dès le début de la gestation, et s'il le faut, pendant toute la durée de l'allaitement.

4° Il est des femmes qui s'épuisent à cumuler l'allaitement et le travail professionnel. Il en est d'autres qui ont un métier incompatible avec l'allaitement. Il faut donner légalement à ces femmes la possibilité de nourrir leur enfant si elles le désirent.

La cessation du travail pour allaitement ne doit pas être une cause de rupture de contrat de travail.

L'allocation d'allaitement prévue par la nouvelle loi française d'assurances sociales n'est pas suffisante pour permettre à la femme de quitter son travail. Il n'y a aucun intérêt à l'augmenter pour la mère nourrice qui reprend son travail, mais il faut prévoir

davantage (½ salaire, par exemple) pour celle qui cesse tout travail rémunéré.

5° La création d'emplois à mi-temps facultatifs pour les femmes enceintes et les mères nourrices est à encourager.

6° L'éducation des masses féminines en ce qui concerne l'hygiène maternelle et l'hygiène professionnelle doit être réclamée, généralisée et intensifiée.

7° Le cadre des Inspectrices d'Hygiène doit être élargi, afin qu'elles puissent suffisamment éclairer les femmes sur ce qu'elles doivent faire, et veiller à ce que les allocations données en vue de protéger la maternité ne soient pas détournées de leur but.

Pologne. — L'élargissement de la protection de la mère ouvrière est nécessaire : 1° dans le but d'empêcher le renvoi de la travailleuse lorsque son état de grossesse se confirme ; parce que dans les conditions actuelles, une ouvrière arrivée, par exemple au troisième mois de gestation et qui serait congédiée se trouverait, au moment de l'accouchement, sans ressources et sans droit même aux allocations de la Caisse de Secours.

2° Pour lui assurer son salaire pendant la période qui précède et celle qui suit l'accouchement.

3° Pour l'application des règlements qui protègent le travail de la femme enceinte et de la mère nourrice.

Tchécoslovaquie. — La loi s'est réservé le droit d'élargir encore la protection de la maternité.

Italie. — La protection des mères est une nécessité sociale. L'amélioration récemment constatée en Italie en ce qui concerne la protection de la maternité des travailleuses, bien que très importante, ne peut être considérée comme suffisante, ni en rapport avec les besoins multiples de la maternité.

Quant aux conditions physiques de la mère, les périodes de repos avant et après les couches, prévues par la loi, peuvent, sauf dans des cas exceptionnels, être considérées comme suffisant aux nécessités physiologiques qu'elles sont appelées à défendre. Mais il faut dire tout de suite que la protection de la mère ouvrière devrait commencer avant le 8e mois de gestation, l'examen clinique ayant démontré que le produit de la conception sera d'autant mieux constitué que la mère aura pu se reposer davantage et observer les règles de l'hygiène.

Cette protection pourrait s'élargir par l'octroi de travaux peu fatigants et de périodes de repos, car, si aux toxines circulant normalement dans l'organisme de la mère enceinte, viennent s'ajouter celles qui sont produites par un travail excessif, l'interruption du délicat travail de la gestation peut se produire, au grand dommage de la mère et du fœtus.

Pour cette raison, Roger a proposé une limitation du travail pendant la gestation selon le schéma suivant :

Réduction de 2 heures pendant le 6me mois.
— — 3 — — le 7me mois.
— — 4 — — le 8me mois.

Nous voudrions voir cette limitation appliquée à toute mère ouvrière, sans diminution de salaire ; car une diminution de salaire irait à l'encontre des buts sociaux poursuivis et serait contraire à tout sentiment d'humanité.

En ce qui concerne les conditions économiques, l'allocation de 150 lires prévue par la loi, à laquelle s'ajoute le secours de chômage augmenté de 50 centimes, ne suffit pas à couvrir les dépenses de la femme qui, privée de son propre salaire, doit faire face à des dépenses exceptionnelles, dans une période exceptionnelle pendant laquelle les conditions de l'alimentation sont économiquement plus lourdes.

Cette allocation ne doit pas être considérée seulement en elle-même, mais en rapport avec la contribution de l'assuré qui se monte à 25 lires, dont 18 à la charge de l'Etat, 3 à celle de l'ouvrière et 4 à celle de l'employeur.

Il faut reconnaître que, bien que la prime d'accouchement ait été augmentée, (elle n'était que de 100 lires jusqu'en 1929), elle est encore loin de suffire à l'entretien de la femme et de l'enfant dans de bonnes conditions d'hygiène, comme le proposait la Conférence Internationale du Travail à Washington en 1919.

Il est vrai qu'outre l'assistance fournie par les diverses assurances, il a été organisé dans beaucoup de centres ouvriers des Sociétés de Secours mutuels qui garantissent, en cas d'accouchement ou de fausses couches, l'assistance médicale et pharmaceutique et que, lorsque les femmes sont inscrites parmi les indigents, elles peuvent profiter de l'assistance gratuite communale prévue par les lois sanitaires. D'autres femmes encore, bien que n'étant pas indigentes sont admises à bénéficier des prêts d'assistance de l'Œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance ; dans ces cas, les difficultés économiques peuvent, en quelque mesure, être surmontées.

Il faut considérer cependant que beaucoup de femmes sont exclues de ces possibilités, et que, si l'assurance Maternité, en son état actuel, pourvoit par des mesures partielles, à l'assistance d'un grand nombre de femmes (ouvrières et employées d'établissements industriels et commerciaux, recevant un salaire mensuel ne dépassant pas 800 lires) elle laisse sans secours un grand nombre de mères ouvrières ; par exemple, les ouvrières à domicile, les travailleuses indépendantes, et toutes les ouvrières dont le salaire mensuel est supérieur à 800 lires. Mais ce salaire est souvent de si peu supérieur à 800 lires, qu'il ne suffit pas à couvrir les

dépenses d'un accouchement. Elle laisse aussi sans assistance, de nombreuses catégories de femmes pour lesquelles, de ce fait, la maternité peut représenter un événement indésirable, préjudiciable économiquement, et souvent dangereux pour la santé de la mère et celle de l'enfant.

Un million deux cent mille femmes sont aujourd'hui inscrites à la Caisse Nationale de la Maternité.

Le dernier recensement de 1921 donnait pour l'Italie, un total d'environ sept millions de travailleuses : total que le récent recensement d'avril dernier (10 ans après) dépassera d'une manière considérable, si l'on pense au nombre de femmes travaillant dans les bureaux et dans les ateliers, par suite de la crise de l'après-guerre.

Ces chiffres démontrent d'une manière suffisante ce que nous avons dit : moins d'un septième parmi les femmes italiennes peuvent considérer avec une tranquillité relative l'événement de la maternité, protégée par le secours de la prévoyance !

En ce qui concerne la période d'allaitement, il serait à désirer que la loi, outre les mesures déjà mentionnées, accordât, comme dans les autres pays, aux mères nourrices une prime d'allaitement pendant les 12 premiers mois.

Cette prime, non seulement favoriserait l'allaitement maternel, mais encore permettrait à la mère une alimentation appropriée qui la mettrait à même de répondre aux exigences requises par sa fonction et par sa vie de travail.

La protection de la maternité étant reconnue comme nécessaire, tant au point de vue physiologique, qu'à celui d'une politique démographique et sociale bien comprise, il en dérive la nécessité d'étendre l'assurance maternité par le système de la mutualité et de la prévoyance libre, à toutes les classes de travailleuses, y compris les travailleuses intellectuelles, moyennant une allocation mensuelle d'un montant à établir (par exemple : 1.500 lires). Après avoir pourvu au secours d'accouchement et d'allaitement, on étendrait les secours d'assistance nécessaires à la mère et à l'enfant, aux 12 mois suivant l'accouchement.

La mère travailleuse, à quelque classe qu'elle appartienne, devrait être instruite quant aux règles nécessaires et indispensables d'Hygiène maternelle et infantile au moyen de Cours de puériculture prénatale et postnatale obligatoires, organisés dans les écoles et dans toutes les organisations féminines ouvrières.

L'Œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance pourrait instituer ces cours, puisqu'elle a pour but l'organisation des cours de puériculture, des conférences, des chaires ambulantes, des écoles théoriques et pratiques pour les médecins, les accoucheuses, les assistantes et les visiteuses ainsi que d'un réseau serré de consultations et de Dispensaires. (puériculture et maternité). Ces cours sont déjà très fréquentés.

IV. — QUESTIONS GÉNÉRALES

LES TRAVAILLEUSES APPARTIENNENT-ELLES A DES ORGANISATIONS PUISSANTES ?

France. — Non, parmi les syndicats féminins, les seuls actifs sont les syndicats catholiques : ils ne s'adressent qu'à une minorité de travailleuses. Ils groupent surtout des employées. Les ouvrières syndiquées sont fort peu nombreuses, elles adhèrent plutôt aux syndicats ouvriers, et ce sont les syndicats communistes qui sont les moins délaissés ; seuls en effet, les militantes extrémistes s'inscrivent aux organismes syndicaux. Les autres ne s'y intéressent pas.

Pologne. — Les travailleuses, et surtout les travailleuses intellectuelles sont moins fortement organisées que les hommes. Des organisations professionnelles puissantes ont été formées dans les industries textiles, alimentaires et dans les manufactures de tabacs.

Tchécoslovaquie. — Les travailleuses sont organisées politiquement. Il existe dans les classes sociales plus élevées des organisations professionnelles et éducatrices.

Italie. — Avec l'établissement du régime corporatif, toutes les travailleuses ont pu bénéficier de l'organisation syndicale dans la même mesure que les hommes. Naturellement, dans ces syndicats le nombre des femmes est inférieur à celui des hommes ; mais lorsqu'il s'agit de professions où le nombre des femmes domine, les postes de direction sont confiés à des femmes inscrites aux divers syndicats.

LES TRAVAILLEUSES POSSÈDENT-ELLES DES CONNAISSANCES D'HYGIÈNE SUFFISANTES ?

France. — Non.

Pologne. — Les connaissances d'hygiène sont plutôt rares chez les travailleuses, mais l'instruction étant devenue obligatoire après la libération de la Pologne, il est permis de prévoir une grande amélioration.

Tchécoslovaquie. — En général, les travailleuses possèdent des connaissances d'hygiène car les organisations politiques pourvoient à cet enseignement.

Italie. — En général, dans le passé, les connaissances d'hygiène étaient assez rares, excepté dans quelques centres ouvriers, bien organisés par les employeurs. (Manufactures de tabacs, de soie artificielle, etc.) Aujourd'hui, sous la direction corpo-

rative, la tendance à perfectionner tout l'organisme productif, non seulement en vue de considérations économiques, mais encore sous l'aspect éducatif et intellectuel, va en s'accentuant.

Dans ce but on a formé des associations qui ont déjà donné d'excellents résultats, (« Après le travail », les « Universités populaires », les « Cours de culture » etc ;) et dans lesquelles, parmi d'autres enseignements, celui de l'hygiène tend à prendre une place toujours plus grande.

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE DANS LES ECOLES

France. — Voici le programme d'hygiène des écoles professionnelles de jeunes filles (de 13 à 17 ans) :

a) Hygiène individuelle : digestion, circulation, respiration, nez, gorge, peau, organes des sens, squelette, muscles et système nerveux.

b) Hygiène alimentaire : aliments usuels, intoxications alimentaires, conservation des aliments, boissons et alcoolisme.

c) Hygiène des vêtements.

d) Hygiène de l'habitation, choix et disposition, diverses parties de l'habitation, mobilier et son entretien.

e) Hygiène sociale : les microbes, les maladies contagieuses.

f) Puériculture : soins et propreté du nouveau-né, habillement, berceau, allaitement, sevrage, soins divers du premier âge, éducation du bébé.

g) Hygiène des personnes âgées.

L'hygiène industrielle qui figure pour une faible partie dans le programme des écoles professionnelles de garçons, n'est pas inscrite au programme des écoles de filles.

Dans les écoles primaires, le programme d'hygiène est très réduit. Les questions d'hygiène sont traitées de façon détournée à propos d'autres cours ; l'hygiène industrielle n'y est presque jamais abordée. Il n'y a guère pour les ouvrières d'autres possibilités d'acquérir les principes d'hygiène nécessaires aux travailleuses.

Pologne. — Le programme des écoles primaires comprend l'enseignement de l'hygiène générale et personnelle, mais néglige l'hygiène industrielle qui, au contraire, est inscrite au programme des écoles professionnelles.

L'hygiène industrielle est aussi enseignée dans des cours spéciaux organisés par des unions professionnelles ouvrières, par des cercles sociaux, etc...

Tchécoslovaquie. — L'enseignement de l'hygiène est obligatoire dans toutes les écoles, et l'enseignement de l'hygiène industrielle est inscrit au programme des écoles professionnelles.

Italie. — Des écoles féminines spéciales ont été instituées : « Ecole spéciale pour les Assistantes d'Usines », etc. Dans ces écoles, l'on enseigne l'hygiène pratique et tout ce qui se rapporte aux nécessités de la vie de société.

Les principes fondamentaux de l'hygiène sont enseignés maintenant dans toutes les écoles, même dans les écoles primaires où une place prépondérante est assignée à l'hygiène dans les « Notions Variées ».

COURS DE PERFECTIONNEMENT POUR LES MÉDECINS

France. — Depuis 1922 un « Institut d'hygiène » est annexé à quatre Facultés de Médecine (Paris, Montpellier, Lyon, Nancy). Il s'y fait chaque année un cours de perfectionnement à l'usage des médecins : enseignement théorique (100 leçons dont 10 à 12 relatives à l'hygiène industrielle) ; et enseignement pratique avec enquête et rédaction de rapports (30 visites ou 13 stages hospitaliers). Après examen, il est délivré un diplôme de médecin hygiéniste.

Un « Institut technique sanitaire d'Hygiène » a été créé en 1923 au Conservatoire des Arts et Métiers de Paris. Cet Institut forme des techniciens d'Hygiène après trois mois d'études avec cours et travaux pratiques occupant toute la journée et examen théorique et pratique. Cet Institut admet les médecins, mais il est surtout fréquenté par les ingénieurs, architectes, fonctionnaires d'hygiène, inspecteurs du travail, etc.

Pologne. — Il n'existe pas encore de Cours d'Hygiène industrielle dans les écoles supérieures ; de sorte que cet enseignement manque aussi pour les médecins. Ils peuvent cependant être admis aux Cours supplémentaires organisés dans les écoles d'Hygiène de l'Etat à Varsovie où une section spéciale est réservée à l'hygiène industrielle.

Tchécoslovaquie. — Les médecins peuvent suivre des cours de perfectionnement à la Faculté de Médecine (chaires de médecine sociale).

Italie. — Depuis plus de 20 ans des cours et des écoles de perfectionnement de médecine industrielle sont annexées aux Cliniques du Travail des Universités de Milan, de Naples et de Turin et à presque toutes les autres Universités du Royaume, où l'enseignement de la médecine industrielle a fait l'objet de nombreux cours.

Récemment, une circulaire émanant du Ministère de l'Instruction publique et du Ministère du Travail a invité les Universités à instituer l'enseignement de la Médecine du travail dans les Facultés où cet enseignement n'était pas encore prévu.

Ces cours développent de vastes programmes théoriques et pratiques sur la Médecine industrielle, l'Hygiène industrielle, la Législation du travail ; ils se terminent par un examen qui donne droit à un Diplôme de Médecin spécialiste ou Médecin spécialisé.

Des cours analogues ont lieu depuis 9 ans déjà à Turin, fondés par la Caisse Nationale des Assurances Sociales. Ces cours, ouverts à tous, durent deux ans, ont lieu les jours de fête et le soir ; ils développent de larges programmes de médecine et d'hygiène industrielles ainsi que de législation concernant les assurances.

CONSULTATIONS MÉDICALES PROFESSIONNELLES OBLIGATOIRES

France. — Des consultations médicales professionnelles sont instituées dans les quelques industries où l'examen médical des ouvriers est obligatoire ; ce qui ne touche qu'un contingent très minime d'ouvriers, et vise le dépistage de certaines maladies professionnelles et non l'éducation des ouvriers en matière d'hygiène.

Pologne. — Pas de consultations médicales professionnelles à l'exception de quelques cas isolés.

Tchécoslovaquie. — Des consultations médicales ont lieu pour toutes les professions, elles sont volontaires et très fréquentes ; ce sont surtout les établissements industriels et commerciaux qui s'y intéressent. Il existe aussi des consultations médicales pour les étudiants.

Italie. — Il existe des consultations spéciales pour les travaux dangereux qui sont prévus par le Règlement d'Hygiène du travail (Partie II, n°s VII et VIII et le tableau s'y rapportant.) En général, des consultations gratuites ont lieu dans les cliniques, et les Etablissements spécialisés.

Mais plus il y aura de médecins d'usines, et plus les bienfaits de ces consultations gratuites se feront sentir.

CONSULTATIONS MÉDICALES PROFESSIONNELLES VOLONTAIRES

France. — Le Service Social organisé volontairement par les patrons d'un certain nombre de grandes entreprises comporte souvent une consultation médicale, mais c'est une consultation de médecine générale et non une consultation médicale professionnelle. Les ouvriers viennent quelquefois y demander une consultation d'Hygiène professionnelle, mais c'est exceptionnel.

Pologne. — Il existe plusieurs projets à ce sujet, dus exclusivement à l'initiative de quelques centres ouvriers.

Tchécoslovaquie. — Voir la réponse précédente.

Italie. — L'Assistance Sociale des Usines à institué dans différents centres industriels, soit par ses propres moyens, soit au moyen de conventions avec des corporations ou des institutions privées, des consultations gratuites, de caractère général et non seulement professionnel, (avec Dispensaires et consultations annexés aux établissements.)

Pour les maladies spéciales très répandues, les organisations d'assistance instituées par diverses Corporations deviennent toujours plus nombreuses par exemple, celles qui ont organisé la lutte contre le trachome et sont gérées par la Caisse Nationale des Assurances Sociales, celles qui luttent contre la tuberculose et qui s'adressent aux Dispensaires du « Consortium des provinces », plus les Dispensaires d'Usines déjà mentionnés et qui se développent progressivement.

Suivant les indications précises du Gouvernement, plus d'un million de personnes participent aux formes d'assistance procurées par le Secours des Usines ; ces personnes sont, en majeure partie, représentées par des femmes, soit à titre de travailleuses, soit comme faisant partie de la famille de l'ouvrier.

TRANSPORT DES POIDS LOURDS

France. — Il est interdit aux femmes une charge supérieure à :

25 kgs — port de fardeau.
600 kgs — wagonnets circulant sur voie ferrée.
40 kgs — transport par brouette.
60 kgs — véhicules à 3 ou 4 roues dits « poussettes ».
130 kgs — charrettes à bras.

Les transports sur triporteur à pédale leur sont complètement interdits.

Pologne. — Le règlement interdit aux femmes le transport de poids supérieurs à 30 kgs et pour les jeunes filles le transport de charges supérieures à 20 kgs. (Décret ministériel du 12 juillet 1925).

Tchécoslovaquie. — Il est interdit aux femmes de transporter de lourdes charges dans les travaux de construction des édifices publics (ordonnance ministérielle).

Italie. — Il est interdit aux femmes de transporter des charges supérieures à :

a) Transport à bras ou sur les épaules :

5 kgs pour les femmes de moins de 15 ans.
15 kgs pour les femmes de 15 à 17 ans.
20 kgs pour les femmes au-dessus de 17 ans.

b) Transport par poussettes à 3 ou 4 roues :

8 fois les poids précédents y compris le véhicule.

c) Transport par wagonnets sur voie ferrée :

20 fois les poids précédents, y compris le véhicule.

Les femmes (les jeunes garçons et les jeunes filles) ne peuvent travailler au transport de poids lourds pendant plus de 4 heures de la journée de travail. Il est interdit aux femmes de moins de 15 ans de transporter des poids lourds par brouettes ou charrettes à bras à 2 roues, dans des conditions spécialement pénibles ou dangereuses. Tout transport de poids lourds est interdit aux femmes enceintes après le sixième mois de grossesse.

AUTRES REMARQUES

Le Dr Budzinska Tylica fait remarquer que du Questionnaire proposé émergent 3 principes :

1° L'interdiction du travail de nuit aux femmes.

2° L'interdiction des travaux dangereux et toxiques.

3° La protection de la maternité chez la travailleuse, principes qui doivent, à juste titre, être considérés comme des plus importants et sur lesquels pourrait s'établir la protection générale de la travailleuse.

Le Dr Budzinska remarque, d'autre part, que bien que la protection de la femme dans la législation internationale et locale ne soit pas limitée aux trois principes ci-dessus mentionnés, il manque encore à cette législation beaucoup de règlements fondamentaux, par exemple : la protection de la travailleuse contre l'exploitation de son sexe parce que, en temps de chômage et de dépression économique, de dissolution d'organisations ouvrières, cette exploitation commence à prendre un caractère général et international. C'est pourquoi il faut exiger un salaire égal à travail égal.

En ce qui concerne les 3 principes de la protection de la femme, seule l'interdiction du travail de nuit, en tant que mesure internationale et locale, est dûment élaborée tant dans notre législation que dans celle des autres pays ; mais, en pratique son exécution est encore partout entravée.

Les deux autres principes laissent beaucoup à désirer, et la protection de la femme, en Pologne, bien qu'exercée d'une manière plus efficace que dans beaucoup d'autres pays est cependant encore incomplète, et exige une grande surveillance.

Les efforts de toutes les organisations féminines devraient se concentrer sur le développement et non sur la réduction de la protection professionnelle de la femme.

Les femmes doivent être complètement émancipées au point de vue politique et économique.

En outre, comme mère et comme créatrice de l'humanité, la femme doit exiger des lois spéciales pour la protection de la maternité, puisque cette fonction biologique en fait la supérieure de l'homme.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En examinant les réponses qui nous ont été faites par les différents pays dont nous nous sommes occupée, nous remarquons avec satisfaction que, en ce qui concerne le travail de nuit des femmes, on a partout ratifié et adopté la convention de la Conférence de l'organisation internationale du travail qui a eu lieu à Washington le 25 octobre 1919. Cette convention a pour but de soumettre à une protection réglementée tout travail dangereux pour la femme soit physiquement, soit moralement.

Dans quelques détails seulement la Pologne fait exception à la règle commune, qui alloue une plus forte rétribution au travail de nuit, qu'elle considère comme travail normal; mais à condition toutefois qu'il s'agisse d'une équipe de nuit régulière.

En ce qui concerne les métiers dangereux, les pays auxquels je me réfère ont, plus ou moins, la même législation, partout attentive à défendre par des interdictions légales la femme (et les enfants) contre les dangers de travaux nuisibles par leur nature, par leur excès, leur durée, leur salaire aux nécessités physiques de leur organisme. On n'a pu encore décider si, dans des conditions de travail tout à fait égales, la femme est plus ou moins sensible que l'homme aux dangers qui peuvent résulter de ce travail.

De là, la nécessité d'études sérieuses; nous voudrions voir les femmes discuter, résoudre la question par des enquêtes dans les cliniques et les laboratoires. En se basant sur les renseignements recueillis, on pourrait demander aux législateurs les mesures de protection qui, aujourd'hui, fondées comme elle le sont, sur des intuitions logiques, pourraient sembler de pures prétentions.

Quel champ d'activité pourrait être meilleur que celui-ci où la science est appelée au secours, non seulement de l'humanité, mais de la justice?

En Italie, comme dans les pays les plus en progrès, nous avons eu pendant ces dernières années, par la volonté du Gouvernement national, un développement notable de l'Assistance Sociale, et particulièrement de l'assistance dans les Usines, à laquelle sont appelées de jeunes femmes douées des plus hautes qualités morales et d'une grande culture générale. Elles sortent des écoles spéciales, riches de connaissances non seulement sur l'assistance sociale, mais sur les sujets variés de l'Hygiène générale, industrielle, maternelle, infantile, etc.

On attend beaucoup de ces Assistantes, excellentes collaboratrices des industriels, des médecins et des organisations d'assistance. Nous voudrions qu'elles fussent assez nombreuses pour mener à bien leur travail et surtout pour établir un rigoureux service d'inspection et de contrôle.

Trop nombreux encore sont les cas dans lesquels l'esprit de protection de la loi est trahi par simple ignorance ou inobservance volontaire.

Le contrôle sanitaire des ateliers devrait être plus étendu. Nous savons que des visites préventives et périodiques ont toujours été requises avant l'embauchage des enfants, et des femmes au-dessous de 21 ans et que des visites préventives sont prévues pour certains métiers déterminés, (France, Tchécoslovaquie, Italie), comme aussi des visites périodiques (Tchécoslovaquie, Italie).

Nous pensons que la surveillance sanitaire devrait désormais être exigée dans l'intérêt des travailleurs comme aussi dans celui des employeurs et des Compagnies d'assurance, non seulement pour les enfants et les femmes mineures, mais pour tous les travailleurs et de tous les âges ; non seulement pour les métiers dangereux, mais pour tous les métiers.

Nous estimons que, au sujet de travaux déterminés et des dangers qui peuvent en résulter, le médecin ne devrait pas se limiter à une simple indication, mais devrait donner, à la visite préventive comme aux visites successives de contrôle, des détails spécifiques et détaillés, en plus des indications générales habituelles. On établirait ainsi un système de fiche individuelle en se basant surtout sur le risque spécifique.

C'est ainsi que doit être la conception moderne de la médecine sociale et les médecins d'usines doivent s'en inspirer, favorisés qu'ils sont dans leur apostolat par l'intelligence des employeurs qui voient dans le médecin non l'obstacle, mais le meilleur des collaborateurs.

Il ne faut pas considérer comme de moindre importance l'étude des éléments extrinsèques du travail ; ces éléments dangereux doivent être étudiés avec soin par les hygiénistes afin d'arriver à leur élimination ; laissés à eux-mêmes, ils sont responsables de la plupart des maladies du travail chez l'ouvrier.

Récemment, au Congrès International des Accidents et de la Médecine industriels (Genève août 1931) nous avons vu que, à côté de l'enquête et de l'indication clinique : individu, sexe, âge, constitution, réceptivité, sensibilité, prédisposition, etc... on avait ajouté les renseignements sur l'hygiène, le milieu, la prophylaxie, l'ambiance du travail, le mode de travail, les moyens techniques de perfectionnement et de protection, etc...

Nous pensons que du médecin, doublé d'un hygiéniste, découleront de grands avantages pour la santé de l'ouvrier et nous

souhaitons qu'on donne toujours plus de place à l'hygiène industrielle dans la formation des médecins, ainsi que dans celle des ingénieurs et des techniciens.

Ainsi aucune de ces améliorations ne sera négligée, car de leur application et de leur généralisation s'ensuivra pour tous les ouvriers, hommes et femmes une diminution du danger générique et spécifique professionnel.

Il y aurait beaucoup à dire sur la protection de la maternité dans le travail. On a dit avec autorité, que « rien n'est plus solennel, plus noble et plus religieux que le travail » et nous ajouterons « et que la maternité ». Devant cette délicate symbiose de la femme qui travaille tandis que dans son sein se développe une nouvelle vie, on se demande si l'on fait vraiment trop ou trop peu en faveur de la mère travailleuse.

Il est vrai que, depuis le commencement de notre siècle, on a fait beaucoup de progrès et surtout dans ces dernières années, mais pas dans tous les pays.

Tant que la protection de la maternité restera confinée, comme une simple mesure sociale, dans les limites de la bienfaisance publique et privée, tous les efforts, si généreux qu'ils soient, se montreront insuffisants devant les grandes nécessités d'une fonction si absolument fondamentale.

Il faut une réglementation de la prévoyance pour que la maternité soit comprise et consentie solidairement, dans l'ensemble des devoirs de tous, pour le droit de chacun, pour qu'elle se développe par l'action pratique et non dans le champ des sentiments et des paroles improductifs.

Mais si beaucoup a été fait, nous sommes encore loin d'avoir mis en action la pensée que Louis IX développait déjà dans son Edit de 1259, par lequel il prescrivait à quelques corporations de traiter les femmes pendant la gestation « avec très grande douceur et avec calme ».

Nous sommes arrivés à la prescription d'une période minimum de repos obligatoire à l'occasion des couches et de l'allaitement, période qui, en cas de complications, peut être étendue jusqu'à une certaine limite, suivant l'avis des médecins.

Mais les 8, 12 ou 15 semaines de repos prévues par les différentes législations nous semblent insuffisantes, lorsqu'on pense au surmenage physique même physiologique, que la grossesse apporte pendant des mois, ajouté à la fatigue professionnelle de l'atelier et à la fatigue domestique à laquelle la femme ne peut se soustraire à son retour du travail.

Nous accordons que la période minimum prévue de repos professionnel absolu soit suffisante, en général, dans les cas normaux pour l'état de la femme. Mais si l'on considère cette période minimum de repos dans son influence sur l'enfant à naître, ainsi que les règles rationnelles de la nutrition, nous trouvons ce repos

bien insuffisant, sachant que le fœtus sera d'autant plus développé et plus parfait que la grossesse de la femme aura évolué plus normalement et dans un repos plus sain et plus complet .Que faisons-nous pour faciliter le développement physiologique du fœtus ? Nous nous en souvenons après le huitième mois de gestation et nous suspendons le travail, à temps peut être pour la mère, mais bien tard pour l'enfant.

Nous nous rendons compte des difficultés, graves et complexes qui, en l'état actuel, font obstacle à un plus vaste programme ; mais au point de vue physiologique qui trouve sa confirmation dans la plus grande expérience, un raccourcissement graduel de la journée de travail serait nécessaire à partir, par exemple, du sixième mois, suivant la proposition déjà citée de Roger, c'est-à-dire : réduction de 2 heures au 6me mois, de 3 heures au 7me, de 4 heures au 8me mois.

Il est de mon devoir de mettre en évidence à ce sujet la mesure adoptée en Pologne, mesure qui peut être considérée comme un grand pas vers la sanction obligatoire de la réduction du travail pendant la grossesse. La Pologne, en effet, par la loi du 2 juillet 1924 concède aux femmes le droit d'interrompre leur travail pendant 6 jours par chaque mois de grossesse, sans que les absences puissent affecter le salaire de l'ouvrière.

Dans cet ordre de nécessités pratiques, il faudrait encore penser à d'autres éléments essentiels à la santé de la mère et au développement normal de son enfant, par exemple : l'importance de certains travaux et les conditions d'exécution qu'ils exigent et chercher, dans tous les cas à adopter le travail à l'état physique de la femme. Ces nécessités ne devraient, en aucun cas, aggraver la condition économique de ces femmes qui, lorsqu'elles tirent de leur travail tout ou partie de leurs ressources pécuniaires en sentent davantage la nécessité dans une situation qui crée de nouveaux besoins pour elle et pour la famille.

Puisque cependant, l'on ne peut consentir, dans l'état actuel, à retourner au système dégradant de la bienfaisance charitable, nous devons viser à protéger toujours plus largement une telle situation par la prévoyance, dans le cadre des lois relatives au travail.

Nous devons reconnaître cependant qu'un avantage se dégage déjà pour la femme enceinte, de la certitude que son absence involontaire du travail n'entraînera pas la rupture du contrat de travail, et par suite, le congédiement.

La loi française en effet concède ce privilège pendant 12 semaines consécutives, dans la période qui précède et qui suit l'accouchement, ou pendant 15 semaines en cas de maladie ; la Pologne pendant 12 semaines (outre 6 jours de repos par chaque mois de gestation) ; la Tchécoslovaquie pendant 12 semaines, et l'Italie interdit le congédiement de toute femme, à moins de

faute grave, à partir du 6me mois de grossesse, et pendant les deux mois qui suivent les couches.

Nous voudrions que, pour la tranquillité des mères travailleuses, cette garantie s'étendit au début de la gestation, et pour les mères nourrices jusqu'à la première année d'allaitement.

Cette tranquillité contribuerait au bien-être de la mère quelquefois forcée, par crainte du congédiement, de cacher sa grossesse, quand encore elle ne se laisse pas entraîner à l'interrompre ; elle favoriserait aussi l'allaitement maternel dont la suppression influe si gravement sur l'accroissement de la mortalité infantile.

En ce qui concerne le côté économique de la question, la femme là encore, devrait être mieux protégée. Des réponses faites au Questionnaire, nous voyons qu'en France, la nouvelle loi d'Assurances sociales de la Maternité en vigueur depuis octobre dernier, assure aux assujetties la moitié de leur salaire pendant 12 semaines ; en Pologne, la femme reçoit le salaire entier pendant les deux dernières semaines de la gestation et les six semaines qui suivent les couches ; en Tchécoslovaquie une indemnité pendant 12 semaines et en Italie une prime de 150 lires, plus l'allocation régulière de chômage (sans la carence normale de 7 jours) augmentée de cinquante centimes par jour.

En résumé pour un salaire de 240 lires par mois, par exemple, la France accorde 360 lires, la Pologne 480 lires et l'Italie 400 lires par mois. Le montant de l'indemnité mensuelle en Tchécoslovaquie n'est pas indiqué.

Il est indubitable que cette allocation constitue un secours économique, mais elle doit pourvoir à l'entretien et aux frais exceptionnels d'au moins 60 journées, dépenses qu'elle ne peut certainement pas suffire à couvrir, surtout dans les cas où, par suite de complications inhérentes à la gestation et aux couches, la femme doit abandonner son travail pendant une plus longue période.

Nous ne voulons pas retenir trop longtemps l'attention sur ce côté particulier du problème économique, dans l'espoir qu'il sera résolu, dans les limites du possible, par une amélioration qui, si elle doit peser sur les finances rapportera, en échange, de grands et indiscutables bénéfices quant à la santé de la race. Trop de mères pleurent sur la misère de leur enfant.

En Italie, le Gouvernement a fait face au problème de la protection de la femme, avec un élan admirable, lorsqu'il a facilité la création de l'Œuvre Nationale de la Maternité et de l'Enfance (œuvre audacieuse et providentielle, mais sans plan d'ensemble) et réalisé l'amél oration de la loi obligatoire de la maternité pour les travailleuses.

Le travail des femmes n'est pas étanger aux impressionnants phénomènes (auxquels nous assistons aujourd'hui dans tous les pays) de la diminution de la fécondité et de la natalité (en Italie, la diminution générale de la natalité de 1877 à 1923 a été d'environ

20 % ; de l'augmentation des avortements (égaux à 18 % des conceptions) ; de la néomortalité (en 1912-14 il y avait 42,1 mort-nés pour 1.000 enfants nés vivants et en 1922-24, le pourcentage a été de 45,4), des enfants nés avant terme.

L'équilibre, dans ces douloureuses manifestations pathologiques, tend à se rétablir chez nous dans les époques successives, en rapport évident avec le perfectionnement de la législation sociale. Celle-ci tend à rendre possible une politique de saine augmentation démographique, toujours en développement progressif, tant au point de vue de la quantité qu'à celui de la qualité. Il faut que tous coopèrent à la protection de la maternité dans une harmonie de buts répondant aux besoins complexes de toutes les Nations.

Il ne manque pas en Italie d'exemples qui font honneur à la généreuse initiative des grands industriels. Ainsi la firme Borsalino a spontanément offert une allocation de 5 lires par jour pendant les deux derniers mois de la grossesse, résolvant ainsi le problème du repos obligatoire ; la Mutuelle de la firme verse un secours de 200 lires, et pour les mères-nourrices un secours de 200 lires pendant les 2 premiers mois d'allaitement, de 150 lires pour les 3me et 4me mois et de 100 lires jusqu'au 12me mois. Pour les femmes qui nourrissent leur enfant, la cessation du travail est obligatoire pendant les 4 premiers mois qui suivent les couches ; la firme garantit aussi aux femmes la conservation de leur place à partir du 7me mois de gestation jusqu'au 12me mois de l'allaitement.

L'initiative privée de cette firme est trop louable pour que je ne la fasse pas connaître à notre Congrès.

Les Assurances sociales en France, en Pologne et en Tchécoslovaquie accordent une prime d'allaitement laquelle, malheureusement, n'est pas prévue par notre pays qui n'est cependant pas en retard, en comparaison des autres Nations, en ce qui concerne l'assistance maternelle. Cette différence est certainement due au fait que, dans les autres pays où existait déjà l'Assurance maladie, la gestation, les couches, l'allaitement étaient considérés comme maladies et par conséquent étaient admis à certains secours d'assistance qui, automatiquement se sont trouvés compris dans la nouvelle législation.

Mais, sans aucun doute, l'Italie adoptera les mêmes lois d'assistance que les autres nations quand elle aura atteint le perfectionnement législatif prévu par l'art. XXVII de la Charte du travail.

Nous sommes d'accord avec les médecins sociaux, les médecins du travail, avec les obstétriciens, les physiologistes, les hygiénistes pour proclamer que les moyens employés pour la protection de la mère travailleuse ne seront jamais trop nombreux.

Nous voudrions voir la femme ne s'occuper que de sa famille ;

mais si elle est obligée de travailler, il faut éloigner d'elle tout ce qui peut lui nuire tant au point de vue social qu'à celui de l'hygiène.

Souvenons-nous que pendant la guerre, comme on a pu partout le constater, les femmes appelées aux travaux les plus insolites et pour lesquels elles n'avaient aucune préparation, ont démontré des aptitudes au moins égales, sinon supérieures à celles des hommes.

Guidons-les donc dans leur travail et opposons-nous par de sévères mesures législatives et par un contrôle sévère, à toute fatigue et à tout danger, auxquels la femme obligée de travailler, pourrait se soumettre, si nous la laissions livrée à elle-même, dans son esprit de sacrifice et dans sa grande puissance d'adaptation.

Perfectionnons l'ensemble des conditions d'hygiène, adaptons mieux les travaux à la structure particulière de l'organisme féminin ; évitons aux femmes, pendant la gestation, les travaux pénibles et dangereux, éloignons-la de ces poisons qui déterminent des troubles sexuels, et protégeons la mère, *toutes les mères qui travaillent* matériellement et intellectuellement, contre tous les dangers, tous les dommages physiques, économiques et moraux de la maternité. Laissons cependant la femme travailler et gagner « noblement, solennellement, religieusement » son propre pain et celui de ses enfants.

La Russie soviétique nous dira si sa politique d'égale préparation et d'égalité des sexes, même dans le travail, n'a pas été dangereuse physiquement, moralement et socialement pour le pays.

CONCLUSIONS

De l'examen des divers problèmes, nous concluons que pour la protection professionnelle des travailleuses et, par conséquent, pour la protection de la maternité, il serait nécessaire :

1° D'interdire à toutes les femmes les travaux fatigants, dangereux ou insalubres, et surtout ceux qui exposent aux intoxications professionnelles.

2° De réglementer le travail à domicile.

3° De réduire progressivement la durée de la journée du travail à partir du 6me mois de gestation.

4° De rendre possible une assurance de maternité pour *toutes les femmes qui travaillent*, ouvrières ou intellectuelles, (avec pour celles-ci un gain ne dépassant pas une certaine limite à établir).

5° D'accorder une prime d'allaitement, pendant les 12 premiers mois.

6° D'accorder l'allocation de chômage involontaire à partir

du 6me mois de gestation, dans tous les cas où par suite de maladie, résultant de la grossesse, les conditions de la santé de la femme seront telles, qu'elles lui interdiront tout travail.

7° Garantir la continuation du contrat de travail durant toute la grossesse, et pendant les 12 mois qui la suivent, si la femme allaite son enfant.

8° Rendre obligatoire la connaissance pratique de l'hygiène générale des Usines, et de l'hygiène maternelle, (cours obligatoires le soir et les jours fériés, à la fin desquels serait délivré un certificat d'examen dont toutes les travailleuses au-dessous de 15 ou 16 ans devraient être obligatoirement munies).

9° Intensifier la préparation d'un personnel technique : assistantes d'usines, assistantes à domicile, assistantes maternelles, etc...

10° Intensifier l'enseignement de l'Hygiène du Travail, de l'hygiène industrielle, de la médecine du travail, de la Médecine assurance, à l'aide de cours universitaires et post-Universitaires.

11° Préparer des médecins hygiénistes spécialisés pour les fonctions de médecins d'usines.

Note. — Le Dr Derscheid-Delcour de Belgique a envoyé un travail de Mme de Craene van Duuren sur la « Protection Légale » arrivé malheureusement trop tard pour être inclus dans ce rapport.

VŒUX ADOPTES

A LA

REUNION de VIENNE - Septembre 1931

Le Rôle de la Femme Médecin dans les Pays Exotiques

L'Association internationale des Femmes-Médecins constate la grave situation créée dans les pays exotiques par le taux élevé de la mortalité maternelle et infantile, dû en grande partie au manque de soins compétents ou à des pratiques dangereuses au cours de la maladie et spécialement de l'accouchement et à la fréquence de certaines maladies chroniques laissées sans traitement.

L'A. I. F. M. est d'avis que les Gouvernements devraient créer des postes de femmes-médecins, infirmières, sages-femmes et visiteuses d'hygiène en nombre suffisant pour répondre aux besoins des femmes indigènes que leurs coutumes et leurs religions empêchent, pour la plupart, de se faire soigner par des hommes.

Les situations offertes devraient être de nature à attirer vers ces tâches difficiles mais des plus importantes, les femmes les mieux qualifiées par leur valeur personnelle et professionnelle.

L'A. I. F. M. désire aussi souligner l'importance qu'il y aurait à charger des femmes-médecins expérimentées d'inspecter et de diriger le travail médical parmi les femmes et les enfants indigènes et d'instruire le personnel employé.

L'A. I. F. M. est convaincue que ces mesures donneraient des résultats appréciables et conduiraient dans l'avenir à une grande amélioration physique des différentes races.



Sur la proposition du Dr Balfour, l'A. I. F. M. a désigné certains de ses membres pour constituer un Comité permanent chargé de recueillir et d'enregistrer, suivant un plan qu'il déterminera, toutes informations relatives à la situation au point de vue médical des femmes et des enfants indigènes dans les pays exotiques.

La Protection Légale des Travailleurs

En l'absence d'observations et d'études scientifiques suffisamment concluantes, et en raison de la diversité des conditions économiques et de l'état d'esprit des femmes des différents pays, l'*Association Internationale des Femmes-Médecins* ne s'estime pas en état de prendre parti dans des questions encore controversées. Elle est unanime cependant à considérer la protection des travailleurs en général comme une des formes les plus importantes de la législation moderne et à recommander toutes les mesures propres à améliorer leur hygiène et à les prémunir contre les dangers professionnels.

Au point de vue prophylactique, l'A. I. F. M. recommande notamment :

1° Que les travailleurs soient examinés régulièrement par des médecins hommes et femmes désignés à cet effet, et ayant une compétence spéciale en hygiène industrielle.

2° Que des cours d'hygiène industrielle soient organisés dans les Facultés de Médecine.

3° Que le travail à domicile, relativement malsain, soit soumis à un contrôle sanitaire régulier.

4° Que soit appliqué le principe 7 des Principes généraux de la Société des Nations relatifs au Travail, « Salaire égal sans distinction de sexe pour un travail de valeur égale », car les bas salaires donnés aux ouvrières, le plus souvent disproportionnés à la tâche accomplie, les mettent en état d'infériorité au point de vue du travail et sont néfastes à leur santé.

5° Que la maternité soit prévue dans les lois d'assurance, de telle sorte que la femme enceinte et la mère nourrice disposent effectivement des moyens pratiques de recevoir les soins et de prendre le repos nécessaires à la sauvegarde de leur santé.

Le Travail des Femmes Mariées

L'Association Internationale des Femmes-Médecins se solidarise avec les autres sociétés féminines pour déclarer que tout être humain homme ou femme, a droit au travail et qu'il est par conséquent injuste de priver de son emploi une femme pour la seule raison qu'elle est mariée.

L'A. I. F. M. désire souligner que la profession médicale est une profession qui demande de longues années de préparation, qui bien souvent est choisie par vocation et pratiquée comme un apostolat. Priver une femme-médecin de sa fonction parce qu'elle

se marie c'est non seulement lui causer un préjudice matériel, c'est encore l'atteindre dans sa vie intellectuelle et morale.

De plus au point de vue social, les médecins ne peuvent pas être traités comme des éléments interchangeables. Une femme-médecin peut avoir par l'expérience acquise, par ses capacités, par sa valeur personnelle, une action qui la rende difficilement remplaçable.

Se basant sur ces considérations, l'A. I. F. M. est unanime à affirmer que : « La nomination ou le renvoi des médecins fonctionnaires doit être basé uniquement sur la qualité de leur travail et que le mariage ne peut être un empêchement à leur emploi. »

RESOLUTIONS PASSED
VIENNA COUNCIL MEETING
September 1931

The Rôle of Medical Women in Exotic Countries

The Medical Women's International Association realises that a very grave situation exists in exotic countries owing to the high rate of maternal and infant mortality, which is due in part to unskilled attendance in illness and especially in childbirth and in part to the prevalence of various untreated diseases.

The M. W. I. A. is of the opinion that the governments of these countries should appoint women in sufficient numbers as doctors, nurses, midwives and health visitors to meet the needs of the women, many of whom object for religious or tribal reasons to the consulting of medical men.

The terms offered should be adequate, in order that women of the best standards, personal and professional, should be induced to undertake these difficult but most important tasks.

The M. W. I. A. also desires to emphasise the importance of appointing experienced medical women to inspect work of this kind among women and children and to instruct the personnel employed.

The M. W. I. A. is convinced that such action would give valuable results and in time would lead to great physical improvement of the different races.



Following the suggestion of Dr Balfour the M. W. I. A. appoints certain of its members to form a Standing Committee to collect and record information regarding the medical conditions of native women and children in exotic countries, along special lines which they shall determine.

Légal Protection of Workers

In the absence of sufficiently conclusive observations and scientific studies and in view of the diversity of economic conditions and of the opinions of women in the different countries, the *Medical Women's International Association* does not consider itself qualified to take sides in questions which are still controversial. The Association is however unanimous in considering the protection of workers in general as one of the most important forms of modern legislation and in recommending all measures calculated to improve their hygiene and to guard them against professional dangers.

In the interests of prophylaxis the M. W. I. A. recommends particularly :

1º That workers should be examined regularly by medical men and women appointed for the purpose and specially competent in industrial hygiene.

2º That courses in industrial hygiene should be organised in Medical Faculties.

3º That home-work, which is comparatively unhealthy, should be submitted to regular sanitary inspection.

4º That principle 7 of the general principles of the Pact of the League of Nations concerning labour should be applied, viz : « equal pay for equal work, without distinction of sex », for the low salaries paid to women, generally disproportionate to the work performed, are harmful to their standard as workers and injurious to their health.

5º That maternity should be covered by insurance laws to the end that pregnant women and nursing mothers may have at their disposal practical means for obtaining the care and the rest necessary for the safeguard of their health.

Married Women's Work

The *Medical Women's International Association* joins with the other women's associations in declaring that every human being, man or woman, has the right to work and it is therefore unjust to deprive a woman of her employment solely on account of her marriage.

The M. W. I. A. further wishes to point out that the medical profession is a profession that demands long years of preparation, and one that is often chosen as a vocation and practised as an apostolate. To deprive a medical woman of her activities because she marries not only causes her material prejudice but affects her in her moral and intellectual life.

Moreover, from a social stand-point, doctors cannot be treated as interchangeable units. A medical woman may, by her experience, her capabilities, her personal value accomplish such work as may make it difficult to replace her.

In virtue of these considerations the M. W. I. A. is unanimous in upholding the principle that « the appointment or dismissal of medical officers should be based solely on the efficiency of their work and that marriage should not be a bar to employment.»

Le Gérant : M. Levillain.

Imp. de l'Expansion Scientifique Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris, VI•
R. C. Seine n° 212-099